

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**A DEPRESSÃO NO SUL DO DISTRITO DE CASTELO  
BRANCO:  
RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**Patrícia Carla Lucas Gaspar Bernardo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica da Saúde**

**Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

**2008**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**A DEPRESSÃO NO SUL DO DISTRITO DE CASTELO  
BRANCO:  
RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**Patrícia Carla Lucas Gaspar Bernardo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica da Saúde**

**Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves**

**2008**

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde prevê, que para 2020 a depressão seja das doenças com maior prevalência na população geral. Perante esta constatação e a falta de dados nacionais sobre o tema, surgiu o interesse em estudar-se de uma forma exploratória e sob uma perspectiva de carácter epidemiológico a relação entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de perturbações depressivas na população do Sul do Distrito de Castelo Branco (onde os dados também são omissos). Pretendeu-se igualmente determinar a prevalência das perturbações depressivas nos utentes das consultas do único serviço público de saúde mental que serve esta região (Departamento de Psiquiatria e saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco) e, indirectamente, obter uma estimativa por defeito da prevalência das perturbações depressivas na população-alvo. Escolheu-se o período temporal de 2002-2007 (5 anos). A amostra de 904 utentes com idades superior a 15 anos (73,2% mulheres e 26,8%.homens) foi obtida do universo de 1337 utentes que recorreram ao serviço nos últimos 6 meses de 2007, com ficha aberta no período escolhido. Os processos clínicos foram o material usado no estudo. A prevalência de perturbações depressivas obtida na consulta foi de 67%, sendo, claramente, superior aos valores encontrados em estudos do género. Destacaram-se a distímia (36,3%), as perturbações de adaptação (20,7%) e a depressão *major* (20,0%). A percentagem de mulheres com perturbação depressiva relativamente às que vieram á consulta foi de 70,8%, sendo o valor respectivo para os homens de 57,4%. Além do género, foram estudadas outras variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, habilitações escolares, situação laboral, local de residência. De uma forma geral, neste estudo, os factores de risco para a depressão são: ser do sexo feminino, ter entre 35-54 anos, ser divorciado ou casado (para as mulheres), estar desempregado, ter uma profissões não qualificada e viver em zonas urbanas.

**Palavras-Chave:** depressão, epidemiologia, prevalência, variáveis sociodemográficas, serviço saúde mental

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization, depression is one of the most common psychiatric disorder among general population. Giving the lack of Portuguese data and studies about the subject we have interest in study by an exploratory line and under the epidemiologic perspective the relation between sociodemographic variables and the occurrence of depressive disorders in the population of the south of Castelo Branco district (where epidemiological data about depressive disorders are not available). We aim to describe the prevalence of depressive disorders in the persons who use the consult of the only mental health service in the area (Psychiatry and Mental Health Department of Amato Lusitano Hospital in Castelo Branco) and indirectly get the estimation by defect of the depressive disorders in the general population. We choice the period between 2002/2007 (five years). The sample of 904 subjects with more of 15 years old (73,2% women and 26,8% men) it was got by the universe of subjects that used the consult of DPSM in the last 6 months of 2007 (1337) and have a process in the choosen period. The clinic process was the material used in the study. The prevalence of depressive disorders found in the consult was 67%. This result is evidently superior if we compare with studies in the same line. Dysthymia (36,3%), adjustment disorders (20,7%) and major depression (20%) get more score comparatively with another depressive forms. The percentage of depressive woman comparatively with all the women in the DPSM consult was 70,8%. Mens have a score of 57,4%. In spite of the gender, we study another socidemographic variables such age, marital status, education level, professional situation and the residence. In a general way the risk factors was to be a woman, age between 35-54 years, to be divorced or married (in specially woman), unemployment, low professional status and live in urban area.

**Key- words: depression, epidemiology, prevalence, sociodemographic variables, mental health service**

## **AGRADECIMENTOS**

À Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa pela oportunidade concedida para a realização deste Mestrado Integrado.

Ao Professor Dr. Bruno Gonçalves, meu Orientador, pelo apoio incondicional, pelas correcções imprescindíveis e pela sua amizade e paciência.

Ao Hospital Amato Lusitano pela oportunidade concedida para a realização deste projecto.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano, nomeadamente, aos seus utentes, sem os quais o estudo não teria sentido.

À Dra. Graça Caldeira, minha chefe, no Serviço de Psicologia do DPSM, pela amizade e permissão para me dedicar nos últimos tempos quase exclusivamente a este projecto.

Às minhas queridas amigas Cláudia e Rita, companheiras neste projecto, em que enveredaram “por minha culpa”, como dizem, e que sem elas as viagens semanais para Lisboa, as discussões saudáveis sobre o seminário de dissertação, as alegrias e desilusões ao longo deste projecto não teriam metade do sabor...

Ao Professor Dr. Justo, que foi a primeira pessoa a quem recorri para saber informações sobre este Mestrado e que com a sua paciência me explicou a forma de inscrição...

Às colegas Mara Débora e Susana pelas ajudas informáticas e outras e que muitas vezes me acompanharam fora do seu horário laboral.

Aos meus amigos por me aturarem aos fins-de-semana com os desabafos sobre a “tese”.

E por fim um especial agradecimento àqueles que pela sua força e ânimo constante permitiram que este projecto chegasse ao fim.: aos meus pais e avó pelo amor, carinho e confiança que sempre depositaram em mim e ao meu marido, companheiro, amigo, pelo amor e paciência do tamanho do mundo!

A todos o meu Bem-Haja, como dizem cá na Beira!

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A DEPRESSÃO E A CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DO HUMOR NO DSM-IV .....</b>	<b>2</b>
1.1 – DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO .....	3
1.2 - FORMAS DE DEPRESSÃO .....	5
1.2.1 - PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR.....	7
1.2.2 - PERTURBAÇÃO DISTÍMICA.....	7
1.2.3 - PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO.....	8
1.2.4 - PERTURBAÇÃO DE ADAPTAÇÃO .....	8
1.2.5- PERTURBAÇÃO BIPOLAR .....	8
1.2.6 – PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA .....	9
1.2.7- OUTRAS PERTURBAÇÕES DO HUMOR.....	9
1.2.7.1 - PERTURBAÇÃO DO HUMOR SECUNDÁRIA A UM ESTADO FÍSICO GERAL .....	9
1.2.7.2 -PERTURBAÇÃO DO HUMOR INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS .....	10
1.2.7.3- PERTURBAÇÃO DO HUMOR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO .....	10
<b>CAPÍTULO 2 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS. FACTORES DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS.....</b>	<b>11</b>
2.1.-PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS .....	11
2.2 - FACTORES DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS .....	16
2.2.1 - DEPRESSÃO E GÊNERO .....	17
2.2.2 - DEPRESSÃO E IDADE.....	18
2.2.3 – DEPRESSÃO E ESTADO CIVIL .....	20
2.2.4 - DEPRESSÃO E HABILITAÇÕES ESCOLARES .....	21
2.2.5 – ESTATUTO SOCIOECONOMICO/PROFISSIONAL .....	21
2.2.6 - DEPRESSÃO EM MEIOS RURAIS E MEIOS URBANOS .....	22
2.3 - CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DA REGIÃO SUL DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO .....	23
<b>CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA .....</b>	<b>26</b>
3.1 – OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....	26
3.2 – PLANO DE AMOSTRAGEM .....	26
3.3 – MATERIAIS .....	27
3.4 – PROCEDIMENTO .....	28
3.5 – VARIÁVEIS .....	28
3.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	28
<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
4.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA .....	29
4.2 – PREVALÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS .....	30

4.3–PREVALÊNCIA DAS DIVERSAS FORMAS DE PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA .....	31
4.4 – ESTIMATIVA INDIRECTA DAS VARIAÇÕES DA INCIDÊNCIA AO LONGO DO PERÍODO EM ESTUDO.....	32
4.5. RESULTADOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS ...	33
4.5.1 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DO SEXO .....	33
4.5. 2 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DA IDADE .....	35
4.5.3 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL .....	37
4.5.4 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DOS ANOS DE ESCOLARIDADE.....	39
4.5.5 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO LABORAL.....	41
4.5.6- RESULTADOS EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO .....	43
4.5.7- RESULTADOS EM FUNÇÃO DO LOCAL DE RESIDÊNCIA .....	44
<b>CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>55</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição em função do sexo	30
Quadro 2 – Prevalência das diversas formas depressivas	31
Quadro 3 – Frequência das perturbações depressivas em função do ano primeiro contacto com o serviço	33
Quadro 4 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo	34
Quadro 5 – Distribuição das Formas Depressivas por Sexo	35
Quadro 6 – Prevalência de Perturbações Depressivas em função da idade	36
Quadro 7 - Prevalência de perturbações depressivas em função do estado civil	37
Quadro 8 - Prevalência das perturbações depressivas (em %) em função do estado civil e do sexo	39
Quadro 9 – Prevalência das perturbações depressivas em função da escolaridade	40
Quadro 10 - Prevalência das perturbações depressivas (em %) em função da escolaridade e sexo	41
Quadro 11 – Prevalência das perturbações depressivas em função da situação laboral	42
Quadro 12 – Prevalência das perturbações depressivas em função da profissão	43
Quadro 13 – Prevalência das perturbações depressivas em função do local de residência	44
Quadro 14 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo e do local de residência	45



## ÍNDICE FIGURAS

Figura 1- Mapa do sul do Distrito de Castelo Branco	24
Figura 2 – Prevalência das perturbações depressivas	30
Figura 3 – Prevalência das diversas formas depressivas	32
Figura 4 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo	34
Figura 5 – Prevalências das diversas formas depressivas em função do sexo	35
Figura 6 – Prevalência das perturbações depressivas em função do grupo etário	36
Figura 7 – Prevalência das perturbações depressivas em função do estado civil	38
Figura 8- Prevalência das perturbações depressivas em função da escolaridade	40
Figura 9 – Prevalência depressiva em função da situação laboral	42
Figura 10 – Prevalência das perturbações depressivas em função da profissão	44

## **SIGLAS**

**CES-D** – Center for Epidemiologic studies Depression Scale

**CIDI** – Composite International Diagnostic Interview

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**ECA** - Epidemiológica Catchment Area Survey

**E.U.A** – Estados Unidos da America

**ESEMeD** - European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

**DEPRESS** - Depression Research in European Society

**DSM-IV** - Diagnostic Statistical Manual (4th Edition)

**DSM-IV-TR** - Diagnostic Statistical Manual (4th Edition-Text Revised,

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**GBD** – Global Burden Disease

**HAL** – Hospital Amato Lusitano

**ICD – 10** – International Classification Diseases – 10<sup>th</sup> Revision

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**NCS**- National Comorbidity Study

**NIMH** - National Institute of Mental Health

**NMHA** – National Mental Health Association

**ODIN** -European Outcome of Depression International Network

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SCAN** - Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry

# INTRODUÇÃO

O presente estudo tem um carácter exploratório e visa abordar a Depressão numa perspectiva epidemiológica estudando as variações na sua prevalência (proporção da população que apresenta uma dada doença, num determinado período) em função de variáveis sociodemográficas.

É um estudo observacional, transversal e descritivo, caracterizando a prevalência e distribuição da depressão numa população de residentes no distrito de Castelo Branco e estabelecendo relações com determinadas variáveis sociodemográficas. Foi realizado com uma amostra de utentes de ambos os sexos da Consulta Externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (DPSM-HAL), com idades a partir dos 15 anos. A área de abrangência deste departamento é o Sul do Distrito de Castelo Branco, compreendendo os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Sertão, Vila Velha de Rodão, Vila de Rei, Oleiros e Proença-a-Nova.

Recorreu-se à avaliação dos processos clínicos dos utentes, que para além do diagnóstico realizado pelo psiquiatra assistente segundo o *Diagnostic Statistical Manual* (4th Edition-Text Revised, 2000), da *American Psychiatric Association*, apresentavam informação da consulta de psicologia e serviço social contendo os dados sócio-demográficos necessários ao estudo.

A decisão de efectuar esta investigação baseou-se em questões de ordem profissional e pessoal. Trabalhando no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um hospital distrital público não se pode deixar de sentir a relevância actual da depressão nas instituições de saúde e a tendência ao aumento de novos casos (incidência).

## CAPITULO 1 – A DEPRESSÃO E A CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DO HUMOR NO DSM-IV

Desde a Antiguidade que existem registos de condições que faziam lembrar a depressão e, descrições pormenorizadas do que agora chamamos de perturbações de humor podem ser encontradas em textos muito antigos, como os do antigo testamento. No século IV a.C., Hipócrates (460-375 a.C.) hipotetiza que a “melancolia” cuja etimologia alude à concepção grega da bilis negra (*melas* – “preto”; *cholé* – “bilis”) resultaria precisamente de um excesso deste fluído. Por volta do século II D.C., Areteo de Capadócia produziu uma descrição convincente de melancolia, referindo que seria com uma afecção sem febre do estado de ânimo, em que o espírito ficava fixado numa ideia de tristeza. Refere também que este estado era caracterizado além da tristeza por uma tendência ao suicídio, sentimentos de indiferença e agitação psicomotora (Maddux & Winstead, 2005). O conceito de melancolia foi utilizado por vários autores médicos da Antiguidade como Celsus, Galeno e outros, que tiveram os seus escritos reunidos por R. Burton (1577/1640) no seu livro *Anatomia da Melancolia*. É na tradução latina das obras de Hipócrates, que do termo melancolia, que surge a palavra depressão (*depromere*), que significa “pressionar para baixo” (Busse, 1996; Cordás, 1997; Freeman, 1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Pontes, 2000; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Silva Filho, 1995; Stoppe Jr. & Louzã Neto, 1997). Durante muitos séculos a depressão não foi vista como um tema do campo da medicina, mas sim como tema espiritual, centrando-se a atenção num grupo de sintomas inibitórios a que se chamou de *Acedia* (tíbieza, indiferença, negligência e preguiça).

Foram os trabalhos do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856/1926) que, reunindo os conceitos de autores europeus, e posteriormente, relatados no seu *Tratado de Psiquiatria* (sexta ed. 1889) permitiram a introdução nos fins do século XIX do termo Psicose Maníaco Depressiva (Doença Bipolar actualmente) e a sua diferenciação da Demência Precoce (Esquizofrenia). A primeira diferenciava-se da segunda através do prognóstico, já que os doentes com Psicose Maníaco-Depressiva não apresentavam a deterioração intelectual observada na Demência Precoce. É também graças a Kraepelin que é introduzido o conceito de depressão como entidade nosológica (Cordás, 1997; Del Porto, 1999; Freeman, 1994; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Moreira, 1996; Sonenreich

et al.,1995, cit. Bahls,1999). Porém, acaba por ficar de fora uma série de perturbações do humor que actualmente se associam às formas mais comuns de depressão (Mendes, 2005).

Em 1957, com Leonhard a depressão passou a ser alvo de disputa entre duas correntes distintas, quer a nível de interpretação, quer de propostas terapêuticas. A primeira assentava num modelo teórico baseado numa visão psicológica, e a segunda propunha uma perspectiva biológica da doença (Sadock & Sadock, 2003).

É a partir do início do século XX com teóricos como Abrahams (1911/1960) bem como Freud (1856/1939) que se inicia o reconhecimento da importância dos factores emocionais e psicológicos no desenvolvimento da depressão.

As ideias de Freud e dos seus seguidores, tiveram um impacto profundo na psiquiatria, influenciando os métodos de tratamento da depressão e privilegiando a Psicoterapia, que era o tratamento de primeira linha até aos anos 50. Foi com o aparecimento dos antidepressivos e graças ao grande avanço da Psicofarmacologia, bem como o interesse da comunidade científica nos neurotransmissores que influenciavam a depressão e ainda o desenvolvimento das técnicas laboratoriais e imagiológicas da investigação que o modelo biológico da depressão começou a desenvolver-se e a ganhar credibilidade.

Contudo, talvez esta disputa teórica em torno da etiologia desta patologia comece a ser progressivamente abandonada. De facto, nos dias de hoje, perante uma doença tão complexa, parece preferível evitar os fundamentalismos teóricos ideológicos e adoptar uma visão biopsicossocial da depressão (Sadock & Sadock, 2003).

## **1.1 – DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO**

Os pacientes deprimidos apresentam dificuldades na sua actividade quotidiana, no seu bem-estar físico e mental, nas relações interpessoais, na sua vida laboral e no meio social que o rodeia (Fleck, Lafer & Sougey, 2001; Kahn, Moline, Ross, Cohen & Altshuler, 2001; Moore & Garland, 2003).

A depressão é, socialmente, tão debilitante quanto as doenças coronárias, a diabetes *mellitus* ou a artrite. Também está associada à alta mortalidade, sendo que 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (Stahl, 1998).

A detecção precoce da doença e o seu controlo pode reduzir drasticamente a severidade, e possibilitar a redução do risco de recorrência ou de cronicidade. No entanto a depressão é uma perturbação clínica que muitas vezes não é reconhecida, diagnosticada e tratada convenientemente; por vezes os pacientes deprimidos não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. Uma razão para que o diagnóstico da depressão não suceda no campo da medicina, especialmente na familiar, prende-se com o facto de que os sinais clássicos da depressão são frequentemente substituídos por queixas mais somáticas (ex.: mialgias, enxaqueca, tonturas, pressão no peito, falta de ar, cansaço, sudorese, palpitações ou náuseas). Assim sendo, estes sintomas somáticos não específicos são atribuídos a muitas doenças médicas ou a uso de drogas. Terá de haver um esforço por parte das entidades médicas no sentido de também questionar os pacientes sobre as suas preocupações, medos e expectativas (Evans, Staab, Ward, Leserman, Perkins, Golden & Petitto, 1997; Fleck et al, 2003; Al-Zuabi & Al-Suwayan, 2004).

No que respeita à frequência de subdiagnóstico, estima-se que entre a classe dos médicos familiares, 50 a 60% dos casos clínicos de depressão não sejam detectados. Em serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais, de 30 a 50% dos casos passam despercebidos. Alguns dos motivos apresentados advêm de factores relacionados com o paciente e o médico. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento. Quando à classe médica, os factores são essencialmente a falta de treino, falta de tempo, descrença em relação à efectividade do tratamento e identificação de sintomas da depressão como uma reacção “compreensível” (Tylee, Freeling & Kerry, 1995; McQuaid, Murray, Laffaye & McCahill, 1999). Embora não dispondo de dados precisos, segundo a DGS (2005), um em cada quatro pessoas sofre, sofreu ou sofrerá de depressão e um em cada cinco utentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta. Mas no nosso país e nos CSP, em utentes que recorreram consecutivamente às consultas, é diagnosticada depressão num utente em cada 10 e apenas é tratado adequadamente um utente em cada 30.

Neste sentido parece importante referir o estudo realizado por Gonçalves & Fagulha (2004), que teve como objectivo obter uma estimativa da prevalência de perturbações depressivas entre os utentes com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos que recorrem aos serviços de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os autores concluíram

que 13% dos utentes satisfaziam os critérios de diagnóstico de um episódio depressivo *major* e globalmente, 33% apresentavam alguma forma de perturbação depressiva.

Os Planos Nacionais de Saúde Mental (2004- 2010 & 2008-2016) assumem então a necessidade de, actuar na promoção da saúde mental e detecção precoce dos casos de doença mental existentes nas comunidades a fim de se alcançar ganhos de saúde desejados nesta área.

## **1.2 - FORMAS DE DEPRESSÃO**

O termo depressão tem sido usado tanto para indicar um estado de humor, um sinal ou sintoma como uma síndrome constituída por um conjunto de sintomas ou um distúrbio que permite a identificação de um grupo de indivíduos ou ainda uma doença associada a deficiências genéticas ou bioquímicas (Ingram & Trenary, 2005).

Assim, a utilização de diferentes definições, se bem que legítimas pode causar confusão na prática. Parece importante fazer uma distinção entre os estados de tristeza ou infelicidade, que podem ter uma duração muito curta, e a síndrome clínica caracterizada por uma tristeza permanente, desalento profundo que persiste por mais de duas semanas e que está associada a uma mudança do funcionamento prévio. Não pode ser pois, efectivamente, confundida com uma fase normativa de luto pela perda de um ente querido, ou com os sentimentos relacionados com o facto de se estar a ter um dia complicado (Cash, 2004; Kay & Tasman, 2006). Uma questão pertinente e também plausível de poder constituir um foco de confusão é o número de subtipos de depressão que têm sido propostos pela literatura e pelos diversos autores que se dedicam a este tema de estudo.

No entanto, esta incerteza ao nível dos vários tipos depressivos foi sendo dissipada através de um conjunto de definições de incorporado no DSM (Diagnostic Statistical Manual, American Psychiatric Association), um sistema taxonómico de classificação das perturbações mentais, cuja primeira edição em 1952, permitiu uma evolução significativa no diagnóstico. Porém, só em 1980, após várias revisões o DSM-III marcou a era contemporânea no que diz respeito ao diagnóstico e à classificação das Perturbações Mentais. Subsequentes revisões ao longo dos anos continuaram a ser elaboradas e as últimas edições DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000) são também

compatíveis com o outro sistema de classificação das Perturbações Mentais com critérios operacionais de diagnóstico – International Classification of Diseases – 10th Revision ( ICD-10; World Health Organization, 1992).

O DSM-IV distingue várias formas de perturbação de humor, cujos critérios de diagnóstico estabelecidos se baseiam na ausência ou presença de episódios de alteração de humor tais como: Episódio Depressivo *Major*, Episódio Maníaco, Episódio Hipomaníaco e Episódio Misto.

O ***Episódio Depressivo Major*** caracteriza-se por um humor depressivo (em crianças e adolescentes, especificamente, o humor pode ser irritável) ou perda de interesse em quase todas as actividades, para além de 5 ou mais outros sintomas, que estão presentes, por um período de pelo menos 2 semanas, e que são alterações no apetite ou no peso; alterações no sono (insónia ou hipersónia), diminuição da actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte; tentativas ou ideação suicida.

Genericamente, o ***Episódio Maníaco*** caracteriza-se por um período distinto, com a duração de pelo menos uma semana, durante o qual se verifica um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável. Durante o período de alteração do humor estão presentes 3 ou mais dos seguintes sintomas: aumento da auto-estima ou grandiosidade; necessidade de dormir diminuída; verborreia; fuga de ideias; distractibilidade; aumento do envolvimento em actividades dirigidas para determinados objectivos; agitação psicomotora; envolvimento em actividades agradáveis com um elevado potencial de terem consequências desagradáveis. O ***Episódio Misto*** define-se por um período de tempo mínimo de uma semana no qual se preenchem todos os critérios para Episódio Maníaco e Episódio Depressivo Major durante quase todos os dias. Por fim, o ***Episódio Hipomaníaco*** que deve durar pelo menos 4 dias, e caracteriza-se por um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, diferente do humor não depressivo habitual. Durante o período de alteração de humor persistem pelo menos 3 ou mais dos seguintes sintomas: aumento da auto-estima ou grandiosidade; necessidade de dormir diminuída; verborreia; fuga de ideias; distractibilidade; aumento do envolvimento em actividades dirigidas para determinados objectivos ou agitação psicomotora; envolvimento excessivo em actividades agradáveis com potenciais consequências desagradáveis.



Seguidamente, descrevem-se as diferentes formas de Perturbação de Humor consideradas pelo *DSM-IV-TR*:

### **1.2.1 - PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR**

A Perturbação Depressiva *Major* (unipolar) tem como característica fundamental a presença de um ou mais Episódios Depressivos e a ausência de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníaco. Pode então manifestar-se como um episódio único ou recorrentemente. Pode prolongar-se até cerca de 2 anos ou mais, na circunstância de ser um caso de episódio único. Considerando que o prognóstico para a recuperação de um episódio agudo é favorável para a maioria dos pacientes com Perturbação Depressiva *Major*, 3 de 4 pacientes experienciam recorrências ao longo da vida, com vários graus de sintomas residuais entre os episódios (Sadock & Sadock, 2000).

A permanência é variável, mas em média um episódio dura aproximadamente 20 semanas, sendo que na maioria dos casos, os sintomas remitem completamente e o funcionamento retoma a um nível pré-mórbido. No entanto entre 20 a 30% dos pacientes apresentam um curso crónico sem remissão completa dos sintomas, que podem persistir por meses ou anos, sem contudo preencherem critérios de diagnóstico para a perturbação (DSM-IV-TR, 2002; Arnow & Constantino, 2003; Ingram & Trenary, 2005).

### **1.2.2 - PERTURBAÇÃO DISTÍMICA**

Na Distímia o indivíduo está deprimido embora com uma intensidade ligeira ou moderada, durante a maior parte do tempo ao longo do ano e por um período igual ou superior a dois anos. Os sintomas depressivos são crónicos ou intermitentes e possuem uma intensidade ligeira ou moderada (Sadock & Sadock, 2003). Por vezes a Distímia pode ser agravada por um episódio depressivo *major* e a esta situação podemos denominar de “Depressão Dupla”. Verifica-se em alguns casos uma associação desta doença ao alcoolismo e abuso de drogas, já que o indivíduo procura nestas substâncias alívio para os seus sintomas (Ingram & Trenary, 2005)

### **1.2.3 - PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO**

A categoria supra citada inclui as perturbações com características depressivas que não preenchem critérios para as Perturbações Depressiva Major, Dístimica, de Adaptação com Humor Depressivo, de Adaptação com Humor Misto. Exemplos de Perturbação Depressiva Sem outra Especificação: Perturbação Disfórica Pré-Menstrual; Perturbação Depressiva Minor; Perturbação Depressiva Breve Recorrente; Perturbação Depressiva Pós Psicótica da Esquizofrenia.

### **1.2.4 - PERTURBAÇÃO DE ADAPTAÇÃO**

Na Perturbação de Adaptação, também denominada, por vezes, na literatura por reacção de ajustamento ou “depressão reactiva” (forma depressiva menor) a principal característica é o desenvolvimento de sintomas emocionais e comportamentais como reacção a um ou mais factores de stress identificáveis, que ocorrem nos três meses após o aparecimento do factor de stress. Pode ser aguda (se a persistência de sintomas for inferior a 6 meses) ou crónica (persistência de sintomas por períodos de 6 ou mais meses; aplica-se como resposta a um stress crónico ou uma situação que apresenta consequências prolongadas) (DSM-IV-TR, 2000). Quando na Perturbação de Adaptação as manifestações predominantes são sintomas, tais como: humor depressivo, choro fácil e desespero, estamos perante o tipo de perturbação de adaptação com humor depressivo. Por outro lado, se as manifestações predominantes forem uma combinação de depressão e Ansiedade estamos face ao tipo Humor Misto.

### **1.2.5- PERTURBAÇÃO BIPOLAR**

As Perturbações Bipolares são de dois tipos: Bipolar I e Bipolar II. A presença de episódios maníacos ou mistos definem a Bipolar I. A classificação desta última varia tendo em atenção se o sujeito está a experimentar o primeiro episódio (Maníaco simples) ou se a perturbação é recorrente. A recorrência é apontada quando ocorre uma mudança de polaridade do episódio (um episódio depressivo major evolui para um

episódio maníaco ou misto; ou vice-versa) ou quando o intervalo entre os episódios é de pelo menos 2 meses, sem sintomas maníacos).

A Perturbação Bipolar II é caracterizada por um ou mais episódios depressivos major acompanhados pelo menos de um episódio hipomaníaco (Ingram & Trenary, 2005). Nunca deverá ter existido um episódio maníaco ou misto.

### **1.2.6 – PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA**

Tal como a Distímia, a Ciclotímia é uma perturbação crónica (com duração até 2 anos), na qual o humor oscila entre a hipomania e a depressão moderada. Os episódios em cada um destes pólos afectivos têm uma duração relativamente curta (dias a semanas) e alternam entre si com frequência. Entre os episódios existem períodos de humor normal ou eutímico (Ingram & Trenary, 2005).

### **1.2.7- OUTRAS PERTURBAÇÕES DO HUMOR**

#### **1.2.7.1 - PERTURBAÇÃO DO HUMOR SECUNDÁRIA A UM ESTADO FÍSICO GERAL**

Nesta perturbação existe uma alteração proeminente e persistente do humor no quadro clínico, sendo caracterizada por um (ou ambos) dos seguintes sintomas: humor depressivo ou interesse fortemente diminuído em todas ou quase todas as actividades e/ou humor elevado, expansivo ou irritável, existindo evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais, de que a perturbação é consequência fisiológica directa de um estado físico geral (DSM-IV-TR, 2000). Os estados físicos mais frequentemente associados são as doenças neurológicas; as doenças cardiovasculares; os problemas metabólicos, endócrinos e auto-imunes; certas infecções virais e cancro, sendo as taxas de prevalência diferenciadas conforme o quadro clínico.

### **1.2.7.2 -PERTURBAÇÃO DO HUMOR INDUZIDA POR SUBSTÂNCIAS**

Nesta perturbação existe uma alteração proeminente e persistente do humor no quadro clínico, sendo caracterizada por um (ou ambos) dos seguintes sintomas: humor depressivo ou interesse fortemente diminuído em todas ou quase todas as actividades e/ou humor elevado, expansivo ou irritável, existindo evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais, de que os sintomas desenvolveram-se durante/ou dentro do período de um mês a partir da intoxicação ou abstinência de substâncias (ex.: álcool, anfetaminas, entre outras) ou uso de medicação está etiologicamente relacionado com a perturbação (DSM-IV-TR, 2000).

### **1.2.7.3- PERTURBAÇÃO DO HUMOR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO**

Esta perturbação inclui casos em e não preenchem critérios para uma Perturbação do Humor Específica ou quando é difícil optar entre o diagnóstico de Perturbação Depressiva SOE e Perturbação Bipolar SOE.

## **CAPÍTULO 2 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS. FACTORES DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS**

### **2.1.-PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS**

A depressão é, de uma forma global, a perturbação psíquica mais frequente, na população geral (Castonguay, Arnou, Blatt, Jones, Pilkonis & Segal, 1999; Baldwin & Birtwistle, 2002), quer se trate de depressão *Major*, quer de outras formas depressivas, sendo mesmo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) como um dos principais problemas de saúde pública no mundo desenvolvido. É uma patologia muitas vezes crónica e recorrente (Fleck, Lafer, Sougey, Porto, Brasil & Juruena, 2003). Estima-se que 340 milhões de pessoas no mundo sofrem desta perturbação, que 2% a 15% terão que lidar com um episódio depressivo ao longo da vida e que em 75 % dos casos existirá uma recaída (Nieto-Moreno et al., 2006).

No Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), dedicado à Saúde Mental, foi revelado que em 2000 se estimava que a prevalência pontual dos episódios depressivos unipolares se situava em 1,9% no sexo masculino e em 3,2% no feminino; e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passariam por um episódio depressivo num período de 12 meses. A perturbação afectiva bipolar apresentava a prevalência pontual de aproximadamente 0,4%.

Como tal, os estudos epidemiológicos têm uma importância extrema, pois proporcionam uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso das perturbações mentais, bem como permitem que se avaliem consequências directas e indirectas das doenças, tais como os prejuízos nos funcionamentos individual, familiar e social, e esse conjunto de informações tem servido como uma base para decisões políticas em saúde mental, formas de prevenção, para a avaliação de factores de risco, do acesso à assistência médica e uso de serviços de saúde. Durante mais de meio século, desde o seu início, a epidemiologia psiquiátrica foi marcada por estudos em que as estimativas de prevalência eram obtidas a partir da população institucionalizada, sendo que os estudos

comunitários só se viriam a desenvolver após a Segunda Guerra Mundial (Dohrenwend & Dohrenwend, 1982).

Ao mudar o seu foco de atenção de populações hospitalizadas para a comunidade, a epidemiologia psiquiátrica revelou um padrão de morbilidade em que cerca de 90% se compõem de perturbações não-psicóticas, principalmente a depressão e ansiedade (Cheng, 1989; Goldberg & Huxley, 1992).

O conhecimento da epidemiologia no que diz respeito às perturbações depressivas torna-se de suma importância dado que as prevalências de depressão *major* e de Distímia, bem como a de outros transtornos depressivos, têm sido altas, independentemente dos locais onde as pesquisas são conduzidas, o tipo de instrumentos de diagnóstico usados, e dos períodos de tempo para os quais a prevalência foi calculada. Segundo Lima (1999), a maioria dos dados recolhidos são relativos à depressão *major* e à distímia, transtornos depressivos mais graves e/ou persistentes. As informações são mais limitadas no que diz respeito à distribuição e factores associados a perturbações depressivas leves ou moderadas e de curta duração. Tais perturbações, no entanto, parecem igualmente importantes em função da sua alta prevalência na comunidade e em serviços de cuidados primários de saúde.

Nos E.U.A, os estudos epidemiológicos têm sido variados e profícuos (por exemplo, *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA), *National Comorbidity Study* (NCS) entre outros). Em 1987, Weissman referiu que a informação epidemiológica sobre perturbações psiquiátricas, nomeadamente, no que diz respeito à depressão *major* teria sofrido um aumento considerável na última década.

No estudo ECA, nos E.U.A, que foi a primeira grande pesquisa epidemiológica de base populacional (amostra de cerca de 20 mil pessoas) que utilizou critérios de diagnóstico padronizados (DIS- Diagnostic Interview Schedule), a prevalência anual para qualquer perturbação afectiva foi de 9,5% (5,% cumpriam critérios para depressão *major* unipolar e 5,4% sofria de distímia). Em relação às taxas de incidência anual de depressão *major*, classificada pelo DSM-III foram de 1,1% para o sexo masculino e 1,98% para o sexo feminino.

A prevalência anual de depressão *major* na população em geral no estudo NCS, realizado após o ECA, e no qual os diagnósticos foram recolhidos a partir do CIDI (Composite International Diagnostic Interview) foi de 10,3% e a Distímia de 2,5% (Gusmão et al., 2005).

Assim, a depressão é considerada como um dos maiores problemas de saúde em constante desenvolvimento e com enormes custos para a economia do país. Num ano, a Depressão *Major* afectou cerca de 14 milhões de adultos americanos, o que se refere a aproximadamente 6,6% da população total (National Mental Health Association [NMHA], 2003, cit. Fisher, 2005).

No que diz respeito ao continente europeu, a depressão afecta cerca de 33,4 milhões de pessoas (DGS, 2004) e embora os estudos europeus sejam menos frequentes, existem vários com interesse e serem referidos. Por exemplo, o *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESeMED), o primeiro estudo de grande magnitude em 6 países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha), cujos resultados demonstram que 14% de sujeitos tiveram pelo menos uma perturbação de humor na sua história de vida e 4,2% referiu uma perturbação de humor no último ano (Alonso, et al., 2004).

Uma meta-análise realizada a 27 estudos que incluíam sujeitos (150.000) de 16 países da U.E, com idades entre 18-65 anos, revelou que 27% dos sujeitos está ou foi afectado por uma perturbação mental nos últimos 12 meses. As perturbações mais frequentes foram as perturbações da ansiedade, depressivas, somatoformes e de dependência de substâncias (Wittchen & Jacobi, 2005).

No estudo multicêntrico europeu *ODIN-European Outcome of Depression International Network* – em que se recorreu à entrevista SCAN (Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry, para estabelecer diagnósticos da CID-10 e/ou DSM-IV - a prevalência pontual de qualquer tipo de perturbação depressiva foi de 8,6%, para a Depressão *Major* foi de 6,6% e para a Distímia, 1,1% (Gusmão et al., 2005).

Em Munique, foi também realizado um estudo (Munich Follow-up Study), sobre a prevalência em 6 meses das perturbações mentais de uma amostra de adultos da população geral. Os resultados revelaram que as perturbações do humor (12,9%) aparecem como das mais comuns (Wittchen, Essau, Von Zerssen, Krieg & Zaudig, 2005).

Noutro estudo multicêntrico europeu *DEPRES – Depression Research in European Society*, a prevalência semestral de depressão foi de 17% (Gusmão et al., 2005).

No que diz respeito à incidência, em 1999, Lima, afirmou que os dados eram escassos no caso das perturbações depressivas. No entanto, um estudo na Suécia (Lundby), com início em 1947 e fim em 1972 (Hagnell, Lanke, Rorsman, Ojesjö, 1982; cit Lima.,

1999), revelou que as taxas de incidência foram aumentando ao longo desses 25 anos, sendo esse aumento maior no sexo feminino. A taxa de incidência anual de depressão foi de 0,43% no sexo masculino e 0,76% no sexo feminino. Outro estudo epidemiológico relevante para o cálculo de taxas anuais de incidência foi o de Camberwell, no Reino Unido (Der & Bebbington, 1987, cit. Gusmão et al, 2005). Um *follow-up* de 18 anos que revelou taxas de incidência anual para a depressão severa de 0,29% no sexo masculino e 0,52% no sexo feminino; na depressão moderada, os valores correspondentes respectivamente 0,85% e 1,69%.

Segundo Gusmão et al, 2005, pode-se dizer, resumindo, que a incidência de depressão tem vindo a aumentar no últimos anos, oscilando entre 4 a 20 casos por mil habitantes e por ano.

Apesar da importância que os estudos epidemiológicos assumem para o conhecimento, prevenção e tratamento das perturbações depressivas, estes estudos têm sido escassos no panorama científico português.

Os dois primeiros censos psiquiátricos realizados respectivamente em 1988 e 1996, no nosso país apenas incidiram sobre os internamentos e em hospitais psiquiátricos.

O terceiro censo psiquiátrico, realizado em 2001, em todas as instituições públicas e privadas no Continente e Regiões Autónomas, inclui já as urgências e as consultas (além dos internamentos.) Aponta, então, nos seus resultados para um valor de 14,9% para as depressões no conjunto das patologias mais frequentes. Segundo esta fonte, cerca de meio milhão de consultas de psiquiatria são realizadas anualmente, existindo uma predominância de depressões (21,5%) nas consultas externas. Ainda ao nível ambulatorio ocorreram 10,4% de utentes por perturbações de adaptação, 9,3% por psicoses afectivas, 8,2% por alterações associadas ao consumo de álcool e 2,0% devido a alterações associadas ao consumo de drogas.

Ainda segundo o censo psiquiátrico de 2001, as alterações associadas ao álcool são predominantes nas urgências, seguindo-se a depressão com 20%. Nos internamentos, a esquizofrenia domina e a depressão aparece apenas em 6.º lugar, com 4,9%.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, definido pela Direcção Geral de Saúde (DGS), é estimada a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral portuguesa em cerca de 30%, sendo aproximadamente de 12% a prevalência de perturbações psiquiátricas graves. Mantém-se, no entanto, a inexistência de dados de morbilidade psiquiátrica e, em particular, de dados de estudos a nível nacional e local relativos à



prevalência da depressão, que, no entanto, estima-se seja de uma forma geral de cerca de 20% para a população portuguesa.

Esta situação de escassez de estudos sobre a prevalência das perturbações depressivas no nosso país, parece, no entanto, estar a alterar-se nos últimos tempos, tendo surgido alguns estudos tais como um realizado por Rabasquinho (2005) e Rabasquinho & Pereira (2007) em que se pretendeu avaliar sob o ponto de vista epidemiológico diferenças entre homens e mulheres entre os utentes com idades superiores a 16 anos e que recorreram ao Serviço de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (Maio 1984-Maio 2005), relativamente à patologia apresentada, tipo de intervenção solicitada, psicofármacos prescritos, funcionalidade familiar, familiares com doença mental e tentativas de suicídio. Os resultados apurados de uma amostra aleatória de 483 utentes obtida de um universo em estudo de 2447 utentes, no que diz respeito às perturbações de humor revelaram que cerca de 20,5% da população da amostra apresentava este diagnóstico, sendo uma das perturbações mais frequentes. Revelou ainda um valor de 20,8% para as perturbações de adaptação e 3,9% para as perturbações de humor induzidas pelo álcool, estudadas, separadamente, do que se denominou por perturbações de humor.

Mendes (2005), realizou um estudo com uma amostra de 348 indivíduos onde pretendeu conhecer e caracterizar a prevalência de sintomatologia depressiva na população adulta com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos do concelho de Palmela e identificar os factores de risco no seu desenvolvimento/manutenção. Utilizando a versão portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) verificou-se que 32% dos sujeitos apresentavam sintomatologia depressiva elevada (CES-D»20) e cerca 13% apresentavam uma probabilidade de 95% de sofrer ou vir a sofrer de perturbação maior. As mulheres apresentavam uma pontuação CES-D significativamente superior à dos homens.

Os vários estudos epidemiológicos conduzidos nas últimas duas décadas têm vindo a demonstrar que as perturbações mentais e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e umas das principais causas de morbilidade. No que diz respeito às perturbações depressivas estas têm vindo a constituir um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme o estudo *The Global Burden of Disease* (2000), realizado pela OMS e por investigadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-

2016 [Mar 2008]), utilizando como medida o número de anos perdidos por incapacidade ou morte prematura, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial devido, parcialmente, ao facto de que estas perturbações estão a substituir com rapidez, os tradicionais problemas ligados às doenças infecciosas e à má nutrição, como as principais causas da carga das doenças. O prejuízo causado pelas doenças mentais como a depressão, tem sido seriamente subestimado, pois tem-se considerado somente a quantidade de mortes e não a incapacidade causada pela doença; enquanto as condições psiquiátricas são responsáveis por um pouco mais de 1% das mortes, representam quase 11% da carga de problemas causados por doenças em todo o mundo (este número cresce para 24% na Europa).

Em todo o mundo, e de acordo com o já citado Relatório de Saúde de 2001, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, chegando a índices próximos dos 40% na Europa (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 [Mar, 2008]).

A Depressão é segundo a Organização Mundial de Saúde a 4ª perturbação mental que desencadeia maior incapacitação. Em 2010, esta Organização prevê que venha a ocupar o 2º lugar se, até lá, não forem feitos esforços em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento (Greden, 2001; Dawson, Michalak, Waraich, Anderson & Lam, 2004).

## **2.2 - FACTORES DE RISCO PARA AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS**

A epidemiologia define como factores de risco, variáveis sociais ou biológicas que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença. Nesse sentido, a literatura tem apontado algumas características que, quando presentes, se associam ao risco aumentado de morbilidade psiquiátrica.

Os factores demográficos que têm sido associados à perturbação depressiva em pesquisas populacionais são por exemplo o género/sexo, a idade, a situação conjugal, o local de residência, factores socioeconómicos, eventos vitais, stress crónico, suporte social. É importante salientar que estes factores formam uma rede causal, sendo que cada factor não afecta apenas directamente o indivíduo, como também está em interacção com os outros.

Neste estudo foram considerados os seguintes factores de risco:

### **2.2.1 - DEPRESSÃO E GÉNERO**

A pesquisa tradicional em saúde mental, no que diz respeito ao género, revela alguma controvérsia nas diferenças encontradas no funcionamento mental.

Gove & Tudor (1973) e Gove (1978) fizeram uma revisão de dados de inquéritos populacionais, estudos de admissão e de ambulatórios desde a Segunda Guerra Mundial e concluíram que as mulheres apresentavam prevalência de doença mental sempre superior à dos homens. Tal conclusão foi criticada por Dohrenwend & Dohrenwend (1977), Cooperstock & Parnell (1977), Seiler (1977) e Mechanic (1978), entre outras razões, por excluir os diagnósticos de Distúrbio da Personalidade e do Alcoolismo. Porém, pese a discordância quanto à maior ocorrência de transtornos mentais em geral no género feminino, existe um forte consenso na literatura quanto ao diferencial feminino/masculino para Ansiedade, Depressão e Somatização (Weissman & Klerman, 1977; Briscoe, 1982; Jenkins, 1985; Regier et al., 1988).

São diversos os estudos que descrevem valores que diferenciam a perturbação depressiva em termos de género e estão de acordo com facto desta afectar predominantemente as mulheres (Weissman & Hermano, 1977; Nolen-Hoeksema, 1990, 1995; Le, Muñoz, Ippen, Stoddard, 2003; Bebbington, 1988, 1990, 1996, cit. Bebbington et al., 2003; Alonso et al., 2004; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993; McBride & Bagby, 2006; Munc & Stewart, 2007). No 3.º censo psiquiátrico (2001), realizado em Portugal, e no que diz respeito à presença em consultas verifica-se uma predominância de mulheres deprimidas (30,3%) em relação aos homens (9,1%), o mesmo acontecendo em relação aos internamentos e idas à urgência. O rácio entre a prevalência da depressão nas mulheres e nos homens situa-se frequentemente próximo de 2:1 (Nolen-Hoeksema, 1990; Wittchen, Essau et al., 1992; Alonso et al., 2004; Rojas, 2007;). Assim, a ideia de que a mulher sofre mais de depressão do que o homem corresponde de facto aos resultados de vários estudos que têm vindo a ser realizados nesta área (Marques-Teixeira, 1998).

São várias as explicações que têm sido avançadas no sentido de compreender e de melhor identificar os factores que, hipoteticamente, estarão implicados nas diferenças

das prevalências depressivas em relação ao sexo. Segundo Marques-Teixeira (1998), estes resultados não são mais de um artefacto metodológico: não revelam diferenças reais entre os dois sexos, mas antes um pedido de ajuda muito maior por parte das mulheres aquando de situações depressivas, bem como maior percepção e relato dos sintomas. Outra explicação é a biológica, que tenta explicar o diferencial depressivo entre mulheres/homens através das diferenças genéticas e hormonais entre os sexos. A linha de explicação social tenta explicar as diferenças a partir das condições específicas das mulheres na sociedade moderna, quer ao nível do suporte social, quer ao nível das condições específicas de reacção ao stress.

Finalmente, uma última linha de explicações sugere que as diferenças entre mulheres e homens são explicadas através da diferente forma de cada um dos sexos expressar os desequilíbrios resultantes de factores ambientais stressantes: a mulher no sentido da depressão e o homem em outros sentidos.

Estas linhas explicativas acabaram por ser sugeridas de uma forma geral pelo trabalho desenvolvido por Kendler et al. (1993), sobre os preditores para o desenvolvimento de estados depressivos na mulher.

Segundo Marques-Teixeira (1998), a mulher apresenta uma incidência de estados depressivos maior do que o homem, porém verifica-se nos estudos mais recentes uma linha de atenuação dessa maior incidência, nomeadamente nas sociedades ocidentais.

Neste sentido, um estudo longitudinal realizado na Bélgica, entre 1992 e 1999 (Wauterickx & Bracke, 2005, cit. Rabasquinho & Pereira, 2007) numa amostra de 3546 sujeitos (1612 homens e 1933 mulheres), concluiu que a diferença de género não era significativa, quando se tinha em conta o efeito de outras diferenças sociodemográficas

### **2.2.2 - DEPRESSÃO E IDADE**

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2001), a Depressão pode afectar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. A mesma fonte refere que na faixa etária dos 15 aos 44 anos, a depressão foi a segunda maior causa de incapacidade.

Pesquisas realizadas pelo Netherlands Mental Health Survey Study (Kringler, et al., 1997), revelaram taxas mais altas para as perturbações de humor no grupo dos 35-44 anos. Apresentando o grupo de 55-65 anos as mais baixas taxas de prevalência.

Um dos estudos epidemiológicos na população norte-americana (*Epidemiological Catchment Area Study*), revelou uma tendência geral para a diminuição da depressão com a idade, nomeadamente, quando se comparam mulheres com idades entre os 18-44 anos com as que se situam na faixa etária dos 45-64 anos ou com as mais velhas. (Bromberger & Costello, 1992; Snowdon, 2001). Neste sentido também um estudo australiano realizado com uma amostra populacional com idades entre os 30 e os 65 anos, evidenciou uma tendência para a redução da susceptibilidade à depressão e ansiedade com a idade (Jorm, 2000).

Porém, um estudo epidemiológico realizado em vários países europeus (não incluindo Portugal), encontrou um ligeiro aumento da depressão major nas mulheres e homens da faixa etária dos 45-54 anos (Angst et al., 2002, cit. Gonçalves & Fagulha, 2005). Nas faixas etárias superiores, parece existir uma tendência para a diminuição progressiva da prevalência da Depressão *Major* (Tong, 2001).

Outra investigação realizada no Reino Unido (Bebington e tal., 2003 cit. Gonçalves & Fagulha, 2005) sobre episódios depressivos terá revelado resultados semelhantes.

No entanto, na faixa etária dos 70 ou mais anos parece existir um aumento significativo da sintomatologia depressiva e da instabilidade emocional (Nguyen & Zonderman 2006; Snowdon, 2001; Teachman, 2006).

Kessler e colaboradores (1992), numa revisão de diversos estudos epidemiológicos norte-americanos utilizando a Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), procuraram demonstrar que a relação entre a idade e a sintomatologia depressiva não é linear, pois em ambos os sexos parece existir uma diminuição da sintomatologia até um mínimo, e que tende a situar-se próximo dos 55 anos (consoante os estudos). Depois dessa idade parece haver novamente uma tendência para aumentar.

No Censo realizado em Portugal (2001), no que diz respeito à idade, encontrou-se no grupo etário entre os 15-34 anos um resultado de 11,9% para a depressão, no grupo dos 35-64 anos, para o mesmo diagnóstico o resultado de 17,2% e no grupo com idades superiores a 64, o valor foi de 13,9%.

### 2.2.3 – DEPRESSÃO E ESTADO CIVIL

Em relação ao estado civil, ser casado apresenta níveis significativamente menores no que diz respeito à perturbação depressiva, comparativamente aos não-casados. (Kessler & Essex, 1982)

No mesmo sentido, Bromberger & Costello (1992), referiram que “ser separado e divorciado parece estar relacionado com níveis mais elevados de perturbação depressiva, sendo o estar casado precisamente o inverso. Quanto ao estado de solteiro apresenta valores intermédios entre os dois anteriores. No entanto, se durante o casamento existe disfunção conjugal, a percentagem referente à perturbação depressiva pode elevar-se (Weissman, 1987, cit. Bromberger & Costello, 1992) . Também Wittchen, et al. (2005) referiram que ser separada ou viúva, no que diz respeito ao género feminino está associado a altos níveis de depressão *major*.

Brown (2000), avaliou o efeito da união de facto (isto é, coabitação versus casamento) na depressão. Os dados revelaram que os unidos de facto apresentam níveis altos de depressão quando comparados com os sujeitos casados, mantendo os outros factores sócio-demográficos. A depressão no primeiro grupo está relacionada com uma grande instabilidade na relação, bem como com a presença de filhos biológicos e enteados.

Alguns autores, porém, consideram que parece evidenciar-se que ser casado é menos protector para a mulher do que para o homem (Bebbington et al., 1981<sup>a</sup>; Bebbington, 1987<sup>a</sup>; Der & Bebbington, 1987; Bebbington & Tansella, 1989, cit. Bebbington, 1991).

Whishman, 1999, num estudo realizado com 2538 sujeitos casados e pretendendo associar a insatisfação conjugal e os valores de 12 meses da prevalência de perturbações psiquiátricas (DSM III, 1987), concluiu que a insatisfação conjugal estava relacionada com a depressão *major* na mulher e com a distímia no homem.

Rojas (2007), em forma de resumo no que diz respeito ao sexo feminino, refere que de uma forma geral que a mulher casada tem mais depressões que as solteiras, bem como as divorciadas, ou divorciadas que se voltam a unir com outra pessoa, já que nestas circunstâncias costumam ser as mulheres a ficarem com a guarda dos filhos.

#### **2.2.4 - DEPRESSÃO E HABILITAÇÕES ESCOLARES**

Outras variáveis demográficas parecem estar relacionadas com as perturbações depressivas. Por exemplo, as habilitações académicas têm-se revelado um factor que influencia a ocorrência de sintomatologia depressiva, verificando-se uma relação inversa entre esta última e o nível de instrução, ou seja à medida que o nível de instrução diminui a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva aumenta (Berezon & González, 1998).

Blazer et al. (1994) concluíram que os indivíduos que não possuíam um grau académico superior tinham 6,8 vezes mais probabilidade de sofrerem um episódio depressivo pontual ou associado a outra doença psiquiátrica que os indivíduos com o ensino básico. Segundo Blazer et al., 1985 (cit. Bromberger et al. 1992), um estudo realizado na Carolina do Norte (E.U.A) tinha revelado, no entanto, maiores percentagens de episódios depressivos em sujeitos com maior escolaridade. Porém, em 1986, Leaf, Weissman et al. (cit. Bromberger et al., 1992), não confirmariam estes resultados durante a realização de um novo estudo também na população norte-americana.

Gonçalves, Fagulha e Ferreira (2005) apontam como uma das dificuldades na avaliação do efeito do nível socioeconómico a interacção entre as diferentes variáveis sociodemográficas. Os resultados do estudo destes autores sobre mulheres portuguesas sugerem que o facto de se ter um nível de instrução alto diminui o risco de Depressão mas apenas para as mulheres com menos de 53 anos. Para as mulheres mais velhas veio a verificar-se exactamente o contrário. Mas a amostra estudada foi demasiado pequena para permitir generalizações.

O nível educacional tem aparecido na maioria das vezes fortemente associado ao estatuto socioeconómico (Yu & Williams, 1999; Brown & Harris, 1978, cit. Bromberger et al., 1992).

#### **2.2.5 – ESTATUTO SOCIOECONOMICO/PROFISSIONAL**

O baixo estatuto socioeconómico (que pode ser avaliado indirectamente pelo número de anos de escolaridade, rendimento mensal ou anual, prestígio profissional ou combinação dos três) parece ligado a um aumento da Depressão (Bebbington et al., 1981).

Tem sido frequentemente verificado que as mulheres de nível social ou sociocultural mais baixo correm maior risco de Depressão (Gallo et al., 1993; McGrath et al., 1995 cit. Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005).

Para Rojas (2007), existe também uma evidente relação entre o nível profissional e o estatuto socioeconómico. As mulheres com níveis baixos têm mais tendência para a Depressão.

Para Angst et al. (2002, cit. Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005), o facto de a mulher ter um trabalho remunerado diminui o risco depressivo, mas Bebbington (1996), fazendo uma revisão da literatura, conclui que o facto de ter um emprego parece ser benéfico nomeadamente para as mulheres de nível social mais baixo, mas este efeito diminui se são casadas e têm filhos.

Brenner (1973, cit. Bebbington, 1991), sugeriu que níveis elevados de incidência de perturbações mentais estão muitas vezes associados a períodos de desemprego. O papel do género e do nível socioeconómico, na relação entre desemprego e perturbações mentais, também tem sido objecto de estudo da epidemiologia psiquiátrica. Enquanto alguns observaram um efeito do desemprego independentemente do género (Bebington *et al.*, 1981), outros autores só encontraram uma associação entre desemprego e transtornos mentais apenas entre homens (Cochrane & Stopes-Roe, 1980; Cheng, 1988; Vasquez-Barquero et al., 1992).

Dooley, Prause & Ham- Bottom (2000), concluíram que tanto o desemprego como o trabalho desadequado pode afectar a saúde mental, indo ao encontro da ideia anterior.

#### **2.2.6 - DEPRESSÃO EM MEIOS RURAIS E MEIOS URBANOS**

Parece também importante referir as diferenças de prevalência da depressão nos meios rurais e urbanos. O meio onde habitamos, seja ele rural ou urbano, tem grande importância na manutenção do equilíbrio da saúde mental.

O Epidemiological Catchment Area Study (ECA) realizado nos E.U.A., comparou os valores de prevalência de várias perturbações psiquiátricas, concluindo que ao longo da vida, a prevalência das doenças mentais nas zonas urbanas era de 34%, ligeiramente superior à encontrada nas zonas rurais (32%). (Robins & Regier, 1990).



No entanto, um estudo realizado no Tennessee (E.U.A), com mulheres domésticas residentes em zonas rurais concluiu que estas apresentavam níveis de Ansiedade e Depressão superior às mulheres das zonas urbanas, apresentando igualmente níveis de saúde física, mental e geral bastante inferiores (Beck, Jijon & Edwards, 1996).

Assim, as mulheres que pertencem à população rural são especialmente vulneráveis à Depressão, bem como são um grupo relutante em procurar ajuda (National Institute of Mental Health [NIMH], 2004).

Em 2004, Li Wang realizou um estudo no Canadá acerca das diferenças de prevalência de Depressão *Major* em meios urbanos e rurais e concluiu que os sujeitos residentes em meios rurais apresentavam uma prevalência de Depressão *Major* inferior à apresentada pelos sujeitos residentes em meios urbanos, contrariando as posições anteriores. Também em 2004, mas na Europa (Suécia), um estudo de *follow-up*, com 4,4 milhões de mulheres e homens entre os 25 e 64 anos revelou um que um alto nível de urbanização está associado com o desenvolvimento do risco de Psicose e Depressão em ambos os sexos (Sundquist, 2004).

Resultados semelhantes verificaram-se noutro estudo europeu (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha), ou seja, os meios urbanos parecem estar ligados a maior risco de distúrbios mentais, nomeadamente, distúrbios depressivos (Kovess-Mastefy et al, 2005).

## **2.3 - CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DA REGIÃO SUL DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO <sup>1</sup>**

Assim do que foi dito é compreensível que os estudos de carácter epidemiológico que permitam estimar a prevalência da depressão nas comunidades se revistam da maior importância. Em Portugal, para a Região do Sul do Distrito de Castelo Branco, que já apresenta 107 826 habitantes (período de referência dos dados INE – 2007), não existem até à data dados estatísticos de carácter epidemiológico sobre a prevalência nesta região.

---

<sup>1</sup> As informações gerais para a redacção deste ponto foram obtidas do site da Câmara Municipal de Castelo Branco <http://www.cm-castelobranco.pt>

Castelo Branco, sede de distrito, localiza-se no interior centro de Portugal (sub-região da Beira Interior Sul – correspondente à NUT III com a mesma designação), confrontando com os concelhos de Vila Velha de Ródão, Fundão, Penamacor e Idanha-a-Nova, Proença-a-Nova, Oleiros, e com Espanha. Segundo podemos observar na Figura....o Sul do Distrito é constituído pelos concelhos de Sertã, Vila de Rei, Proença-a-Nova, Oleiros que constituem o (Pinhal Interior Sul), bem como Idanha-a-Nova, Vila Velha de Rodão e Castelo Branco (Beira Interior Sul).



Figura 1- Mapa do sul do Distrito de Castelo Branco

Castelo Branco evoluiu nas últimas décadas de pólo urbano dotado de equipamentos e funções administrativas, que exerciam influências sobre uma vasta área rural, com escassas ofertas de oportunidades de emprego, para uma cidade economicamente mais equilibrada e atractiva, polarizadora de fluxos de deslocação muito mais intensos. Se é verdade que Castelo Branco exibiu uma apreciável capacidade de regulação económica, designadamente em matéria de diversificação do investimento e de volume do emprego gerado, não demonstrou igual sucesso nos domínios da regulação social e urbana.

No que diz respeito ao quadro demográfico, este alterou-se substantivamente, não só a estrutura etária se deteriorou, pelo progressivo fenómeno do envelhecimento da base e do topo da pirâmide, como se esgotou o potencial demográfico que, centrado nas freguesias rurais do Concelho e na envolvente regional mais ou menos próxima, alimentava de contingentes populacionais jovens a urbe albicastrense.

Relativamente à matriz produtiva da região, as duas grandes forças motrizes do crescimento líquido do emprego em Castelo Branco nos últimos anos foram, por ordem decrescente de importância, a indústria de confecções e a construção civil e obras públicas, contudo verifica-se actualmente que essas alavancas da economia local estão ambas em recessão. Também a capacidade empregadora do sector público tende a esgotar-se e é hoje reconhecido que o padrão de crescimento empreendido em Castelo Branco por ser sede de um conjunto de valências sociais e reguladoras que gerou durante anos contingentes apreciáveis de emprego e elevação clara do perfil de qualificações, actualmente, por motivos diversos está a sofrer uma acentuada tendência de redução.

Esta realidade implica que Castelo Branco vive, actualmente, numa encruzilhada resultante da incerteza e da evolução tendencialmente negativa. Assim, e de acordo com a percepção dos líderes locais os problemas de maior relevo no território prendem-se com: (1) Envelhecimento da população associado a uma baixa escolaridade e ao desinvestimento na educação e na formação profissional por parte das famílias; (2) Baixos níveis de qualificação; (3) Desemprego e baixa oferta de emprego; (4) Ausência de dinamismo económico (traduzido em altas taxas de desemprego); (5) Algumas restrições, quer no acesso à capital da região centro (Coimbra), quer na ligação do centro urbano às freguesias e concelhos limítrofes, dificultando o acesso a bens, serviços e lazer da população (apesar da evolução das acessibilidades nos últimos tempos); (6) Início precoce do consumo de álcool e/ou outras substâncias.

Para esta região é necessária uma estratégia de desenvolvimento que permita aumentar e reforçar com novos argumentos a capacidade de polarização, fixação e germinação de bens, serviços, investimentos e recursos humanos, bem como articular redes de suporte com as diversas entidades existentes no território de forma a criar sinergias para solucionar os problemas identificados.

## **CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA**

### **3.1 – OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

O objectivo desta investigação é estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de perturbações depressivas na população do Sul do Distrito de Castelo Branco. Pretende-se igualmente determinar a prevalência das perturbações depressivas nos utentes do único serviço público de saúde mental que serve esta região e, indirectamente, obter uma estimativa por defeito da prevalência das perturbações depressivas na população-alvo.

A população-alvo é constituída por indivíduos de ambos os sexos, com idade igual e superior a 15 anos, residentes nos 7 concelhos do sul do Distrito de Castelo Branco: Idanha-a-Nova, Vila-Velha-Rodão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, Vila de Rei e Castelo Branco, num total de 94560 habitantes (INE, período de referência de dados – 2007), sendo 44975 do sexo masculino e 49585 do sexo feminino (estes valores referem-se à população a partir da faixa etária dos 15 anos, dado que a totalidade da população é de 107826 habitantes,

### **3.2 – PLANO DE AMOSTRAGEM**

A amostra foi seleccionada do universo de utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (DPSM-HAL): foram incluídos todos os utentes com processos clínicos abertos no período temporal de 2002-2007 e atendidos nos últimos 6 meses no serviço. A área de abrangência deste departamento de saúde mental é o sul do distrito de Castelo Branco (7 concelhos supra referidos) e este é o único serviço público de saúde mental que cobre esta área. Os utentes atendidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental apresentam uma idade igual ou superior a 15 anos e têm à sua disposição 3 tipos de atendimento: Consulta Externa (Consulta Psiquiatria, Consulta de Psicologia, Avaliação Social), Internamento (Completo e Hospital de Dia) e Serviço de Intervenção na Comunidade.

Para acederem à consulta externa do DPSM, os utentes podem ser encaminhados pelo Médico de Família, Serviço de Urgência geral do HAL, de qualquer outra valência do HAL, do Internamento do DPSM, na pós-alta, do Serviço de Intervenção na Comunidade e a pedido dos próprios. No que diz respeito ao Internamento, as situações são canalizadas pelo serviço de urgência, consulta externa do DPSM, por transferência interna de outra valência do HAL. A informação clínica e social resultante destes atendimentos está guardada no ficheiro clínico do Departamento.

Os utentes do DPSM, aquando do seu primeiro contacto com o serviço são sujeitos à abertura de um processo clínico, que fica ordenado no ficheiro clínico segundo um número correspondente à data deste primeiro contacto. Este ficheiro contém, actualmente, cerca de 14000 processos e não se encontra ainda informatizado. Escolheu-se o período temporal de 2002-2007 (5 anos) para realização deste estudo transversal. Nestes 5 anos, foram abertos 3798 processos. No período de 6 meses (1 de Julho a 31 Dezembro de 2007) que foi objecto de estudo, foram atendidos 1339 utentes no DPSM, porém só 904 (67,5%) tinham processo aberto entre 2002 e 2007 e só estes foram incluídos na amostra.

### **3.3 – MATERIAIS**

Os materiais/instrumentos usados no presente estudo foram os *processos clínicos dos utentes*, que frequentam a consulta externa do DPSM do HAL, tendo sido pedido à Directora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HAL, autorização para a realização do levantamento de dados e manuseamento destes processos clínicos, mas que de uma, forma geral, foi um procedimento informal dado a investigadora ser funcionária deste Hospital e do Departamento de Psiquiatria em questão. Foi também dado conhecimento ao Conselho de Administração desta Instituição da realização deste estudo.

Destes processos clínicos fazem parte a ficha da consulta de psiquiatra, do serviço social e pode ou não fazer parte a do serviço de psicologia (dependendo do facto do utente ter sido encaminhado para esta valência – avaliação/acompanhamento psicológico). Nestas fichas encontra-se informação que inclui dados das entrevistas/sessões clínicas de

psiquiatria e/ou psicologia, dados de outras valências hospitalares, exames médicos, avaliações psicológicas, dados do médico de família e dados demográficos/sociais.

### **3.4 – PROCEDIMENTO**

Procedeu-se ao levantamento dos 3798 processos clínicos dos utentes do período considerado (2002-2007). Depois de encontrada a amostra (tal como referido no plano de amostragem), só 608 utentes (67,2%) desta amostra é que apresentaram, por um lado, um diagnóstico diferencial, realizado pelo Psiquiatra Assistente, de perturbações do humor segundo os critérios do DSM-IV-TR (2000) e por outro tinham tido algum contacto clínico com o Departamento nos últimos 6 meses, constituindo assim o denominado Grupo com Perturbações de Humor.

Foram recolhidos para este grupo, para além dos dados clínicos, os dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão, local de residência).

### **3.5 – VARIÁVEIS**

No presente estudo as variáveis independentes de caracterização que pareceram pertinentes, nesse momento, serem escolhidas envolvem aspectos como: sexo, idade ou grupo etário, anos de escolaridade, estado civil, situação laboral, profissão, residência, diagnóstico nos últimos seis meses, ano do primeiro contacto, número de consultas psiquiatria, número de consultas de psicologia, número de internamentos, quem fez o diagnóstico.

### **3.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO**

Os dados foram tratados recorrendo ao software estatístico **SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15.0**. As análises efectuadas limitaram-se à estatística descritiva.

## **CAPÍTULO 4 – RESULTADOS**

Começaremos por apresentar as características gerais da amostra estudada e a prevalência das várias formas de perturbações depressivas nesta amostra. Apresentaremos depois os resultados em função das variáveis sociodemográficas incluídas no estudo. Os valores observados na amostra de utentes serão, sempre que possível, comparados com os dados disponíveis sobre a população-alvo. Estes dados sobre a população do sul do Distrito de Castelo Branco foram obtidos no Instituto Nacional de Estatística<sup>2</sup>.

Embora fosse possível testar a significância estatística das comparações efectuadas, entendemos proceder a um estudo essencialmente descritivo e exploratório. Dado o efectivo da amostra, as diferenças entre os valores observados e os valores esperados atingem facilmente a significância estatística. No entanto, a forma como foi recolhida a amostra limita à partida a possibilidade de testar hipóteses que permitam tirar conclusões rigorosas para a população geral.

### **4.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA**

A amostra recolhida é constituída por 904 sujeitos dos quais a maioria é mulheres. O Quadro 1 apresenta a composição por sexos da amostra e os valores correspondentes na população geral da mesma faixa etária. A idade dos sujeitos varia entre 15 e 97 anos, embora apenas 5,2% tenham mais de 75 anos. A média de idade é de 45,19 anos (DP=16,58)

---

<sup>2</sup> - <http://www.ine.pt>

**Quadro 1 – Distribuição em função do sexo**

	Amostra de utentes		População
Homens	242	26,8%	43,3%
Mulheres	662	73,2%	56,7%
Total	904	100%	

## 4.2 – PREVALÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

Na amostra recolhida (n=904) foram encontrados 608 utentes em que tinha sido formulado um diagnóstico de perturbação do humor, o que corresponde a 67% dos sujeitos, como mostra a Figura 1. Relativamente à população-alvo em estudo (n=94 560 habitantes), a percentagem de perturbações depressivas diagnosticadas na consulta externa do DPSM é de 0,6%.

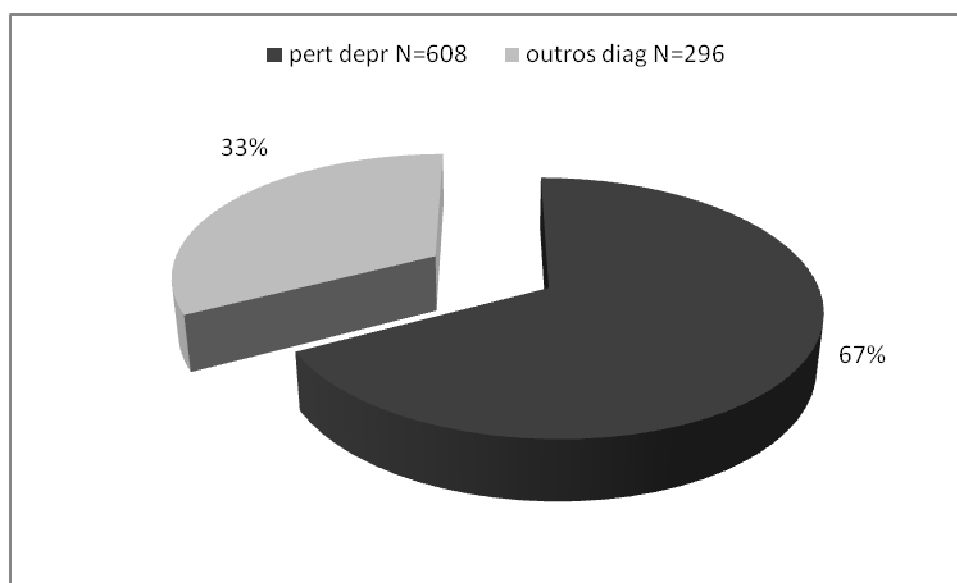


Figura 2 – Prevalência das perturbações depressivas



### 4.3–PREVALÊNCIA DAS DIVERSAS FORMAS DE PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA

O Quadro 2 mostra a frequência das diferentes formas de perturbação depressiva. Como se vê na Figura 2, destacam-se claramente as Perturbações Dístimicas (36,3%), seguidas das Perturbações de Adaptação (20,7%) e Perturbação Depressiva *Major* com (20,0%). Na última coluna do Quadro 2 inserimos os valores nacionais (relativos aos doentes atendidos em consulta externa) recolhidos no 3º. Censo psiquiátrico (2001) embora os grupos patológicos considerados sejam ligeiramente diferentes.

**Quadro 2 – Prevalência das diversas formas depressivas**

Prevalência das Formas Depressivas	Utentes com perturbação depressiva		Distribuição nacional dos doentes por grupos de patologias na consulta (Censos 2001)
Perturbação Depressiva Major	122	20%	21,5% (Depressões)
Perturbação Dístimica	221	36,3%	
Perturbação Bipolar	29	4,8%	
Perturbação Ciclotímica	4	0,7%	9,3% (Psicoses Afectivas)
Perturbação de Adaptação	99	20,4%	10,4% (Perturbação de Adaptação)
Perturbação do Humor Induzida por substâncias, Álcool	24	3,9%	8,2% (Alterações associadas ao consumo de álcool)
Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, Alucinogénios, anfetaminas, cocaína, opiáceos.	3	0,5%	2,0% (Alterações associadas ao consumo de drogas)
Perturbação do Humor secundária a estado físico geral	48	7,9%	-----
Perturbação Depressiva sem outra especificação	33	5,4%	-----
<b>TOTAL</b>	<b>608</b>		

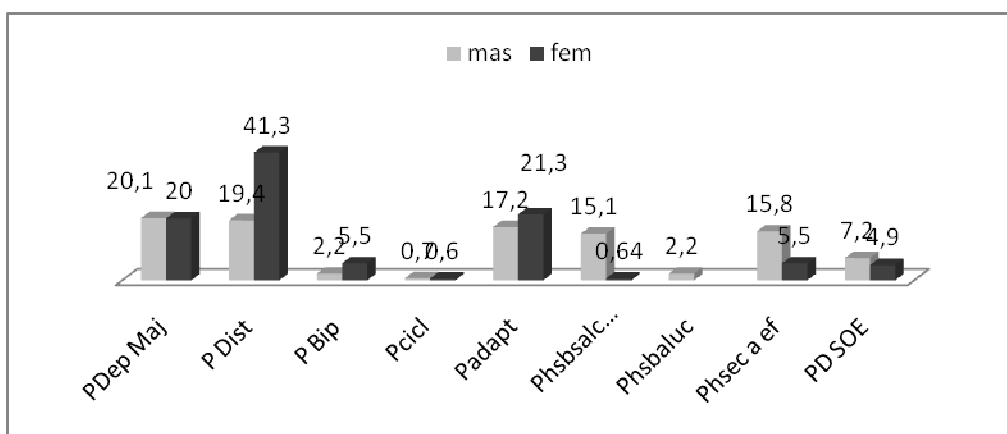


Figura 3 – Prevalência das diversas formas depressivas

#### 4.4 – ESTIMATIVA INDIRECTA DAS VARIAÇÕES DA INCIDÊNCIA AO LONGO DO PERÍODO EM ESTUDO

Embora a amostra estudada seja apenas constituída por utentes que recorreram ao serviço nos últimos 6 meses de 2007, a indicação sobre o primeiro momento em que estes utentes tomaram contacto com o serviço (e em que foi estabelecido o diagnóstico) permite obter uma estimativa indirecta das eventuais variações na incidência, isto é do número de novos casos observados em cada ano no período considerado (2002-2007). O Quadro 3 apresenta a frequência das perturbações depressivas em função do ano do primeiro contacto com o serviço e traduz esse valor em percentagem relativamente ao total de utentes que contactaram o serviço pela primeira vez nesse mesmo ano e foram incluídos na amostra. Apenas o valor desta percentagem relativamente aos últimos 6 meses de 2007 pode ser considerado como uma estimativa directa da incidência no período em questão – embora referida apenas aos utentes da consulta externa do DPSM.

**Quadro 3 – Frequência das perturbações depressivas em função do ano do primeiro contacto com o serviço**

	Perturbações depressivas	Outros casos	Perturbações depressivas em %
2002	29	34	46,0%
2003	34	25	40,7%
2004	65	24	73,0%
2005	70	36	66,0%
2006	134	51	72,4%
2007 - primeiros 6 meses do ano	123	44	73,7%
2007 - últimos 6 meses do ano	153	80	65,7%
Total	608	296	
Total Amostra		904	

## **4.5. RESULTADOS EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

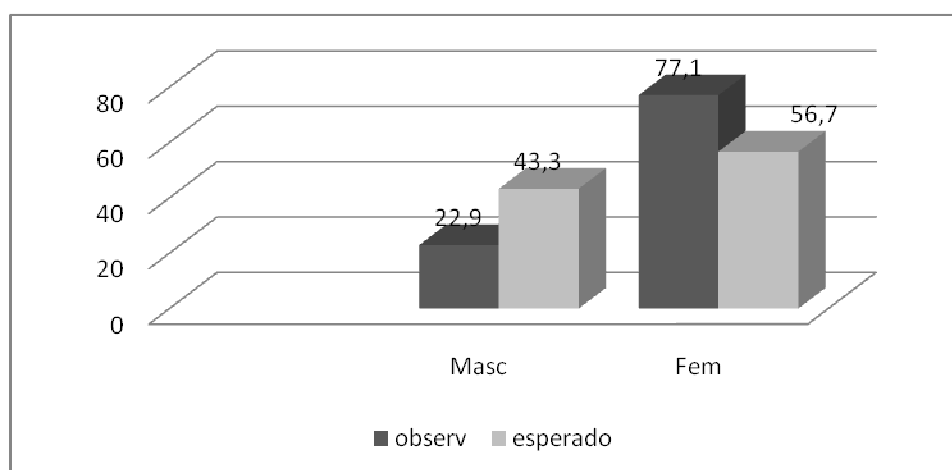
### **4.5.1 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DO SEXO**

A distribuição das perturbações depressivas em função do sexo é apresentada no Quadro 4. A percentagem das mulheres com perturbação depressiva relativamente ao total de mulheres que vieram à consulta é de 70,8%, sendo o valor correspondente para os homens de 57,4%. No entanto estes valores devem ser interpretados tendo em conta que, como vimos, o número de homens na nossa amostra é bastante menor do que o número de mulheres. As percentagens indicadas no quadro são as frequências relativas em relação ao total da amostra. Estes valores podem ser comparados com a distribuição por sexos na população-alvo, tomados como valores esperados caso a prevalência das perturbações depressivas não variasse em função do sexo. A Figura 4 demonstra graficamente essa comparação.

A percentagem das mulheres com perturbação depressiva relativamente à população alvo é de 1,34% e a dos homens é de 0,54%.

**Quadro 4 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo**

	Amostra Total	Com perturbação depressiva		População
Homens	242	139	22,9%	43,3%
Mulheres	662	469	77,1%	56,7%
Total	N=904	N=608		



**Figura 4 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo**

Quando se considera a distribuição das várias formas de perturbação depressiva em função do sexo, apresentada no Quadro 5, encontram-se algumas diferenças. Como se vê na Figura 5, as perturbações de humor induzidas pelo álcool e as perturbações de humor relacionadas com o estado físico geral têm uma frequência relativa muitíssimo maior nos homens. Nas mulheres ressalta sobretudo a grande frequência da distímia (41,4%).

**Quadro 5 – Distribuição das Formas Depressivas por Sexo**

	Homens		Mulheres	
Perturbação Depressiva Major	28	20,2%	99	20,1%
Perturbação Dístimica	27	19,4%	194	41,4%
Perturbação Bipolar	3	2,1%	26	5,4%
Perturbação Ciclotímica	1	0,7%	7	1,5%
Perturbação de Adaptação	24	17,3%	100	21,3%
Perturbação do Humor Induzida por substâncias, Alcool	21	15,1%	3	0,6%
Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, Alucinogénios, anfetaminas, cocaína, opiáceos	3	2,2%		
Perturbação do Humor secundária a estado físico geral	22	15,8%	26	5,5%
Perturbação Depressiva sem outra especificação	10	7,2%	23	4,9%
TOTAL	139	(100%)	469	(100%)

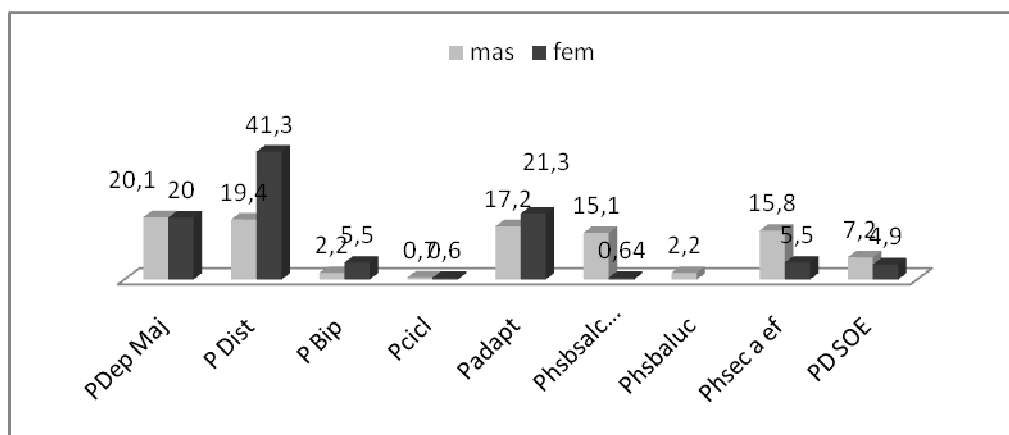


Figura 5 – Prevalência das diversas formas depressivas em função do sexo

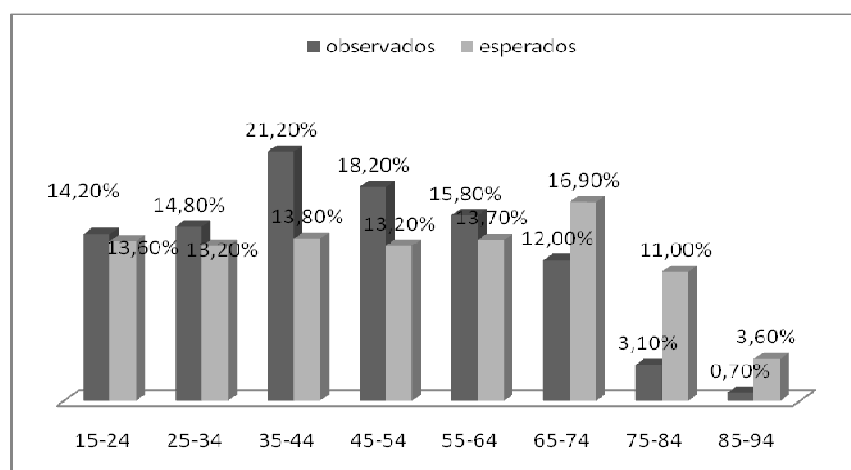
#### 4.5. 2 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DA IDADE

A média de idades dos sujeitos deprimidos é de 45,16 anos (desvio-padrão de 17,12). O Quadro 6 apresenta a distribuição das perturbações depressivas em função da idade em confronto com o peso relativo das faixas etárias consideradas na população alvo. A

Figura 5 representa graficamente estes resultados, fazendo ressaltar a maior frequência de utentes com perturbações depressivas na faixa etária dos 35-54 anos, assim como uma clara diminuição de utentes com perturbações depressivas com idades superiores a 74 anos sem que isso traduza o peso relativo destas faixas etárias na população alvo.

**Quadro 6 – Prevalência de Perturbações Depressivas em função da idade**

IDADE (anos)	Utentes com perturbação depressiva		População
15-24	86	14,2%	13,6%
25-34	90	14,8%	13,2%
35-44	129	21,2%	13,8%
45-54	111	18,2%	13,2%
55-64	96	15,8%	13,7%
65-74	73	12,0%	16,9%
75-84	19	3,1%	11,0%
85-94	4	0,7%	3,6%
	608	100%	



**Figura 6 – Prevalência das perturbações depressivas em função do grupo etário**

#### 4.5.3 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL

Os dados relativos ao estado civil dos sujeitos com perturbação depressiva são apresentados no Quadro 7. A maioria são casados ou vivem em união de facto, mas a percentagem observada é apenas ligeiramente superior à percentagem de sujeitos nessa situação na população alvo. Há, pelo contrário, diferenças nítidas entre as percentagens correspondentes para os sujeitos solteiros e para os sujeitos separados ou divorciados. A Figura 7, que traduz graficamente os mesmos resultados, põe em evidência estas diferenças.

**Quadro 7 – Prevalência de perturbações depressivas em função do estado civil**

ESTADO CIVIL	Utentes com perturbação depressiva		População
Solteiro	145	24,2%	31,3%
Casado/União de Facto	349	58,3%	57,0%
Divorciado	59	9,8%	1,8%
Viúvo	46	7,7%	9,9%
Sem Informação	9	1,5%	
	608	100%	

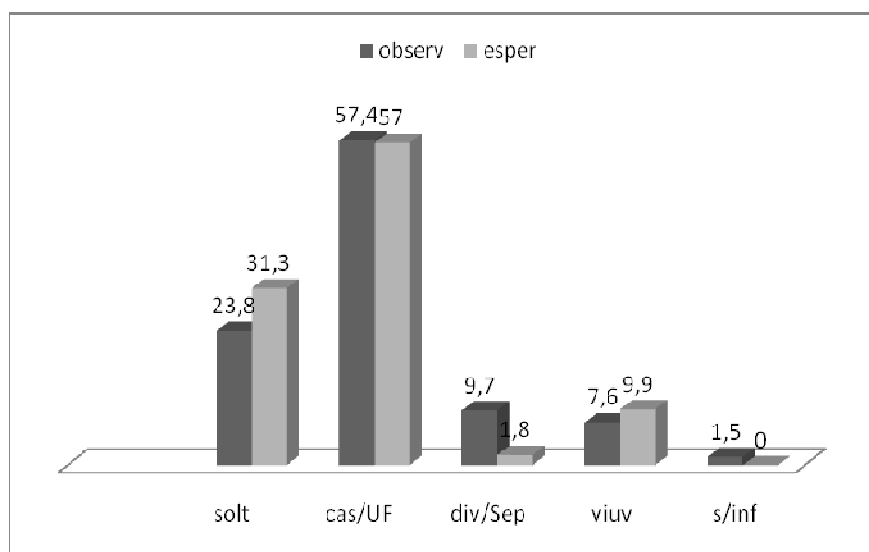


Figura 7 – Prevalência das perturbações depressivas em função do estado civil.

O Quadro 8 apresenta a prevalência das perturbações depressivas tendo em conta simultaneamente o sexo e o estado civil. Podemos verificar, por exemplo, a percentagem de mulheres casadas com perturbações depressivas é superior ao que seria de esperar tendo em conta a percentagem de mulheres casadas na população alvo, enquanto nos homens se verifica exactamente o contrário. Este contraste não se encontra noutras situações. Assim, a percentagem de separados ou divorciados com perturbações depressivas é, em ambos os sexos, claramente superior à percentagem de separados ou divorciados na população alvo.



**Quadro 8 – Prevalência das perturbações depressivas (em %) em função do estado civil e do sexo**

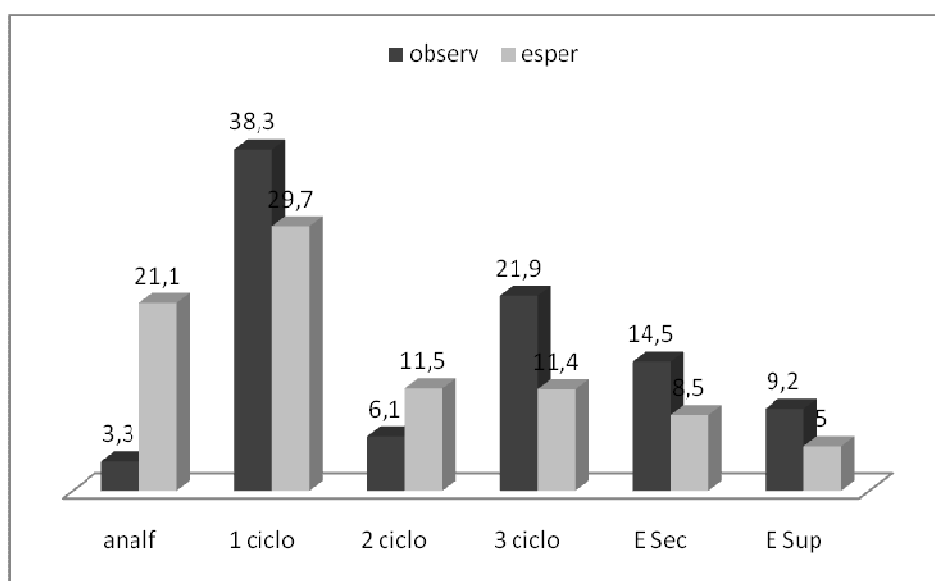
	Homens		Mulheres	
	Utentes com perturbação depressiva	População	Utentes com perturbação depressiva	População
Solteiros	32,4%	36,0%	21,8%	29,0%
Casados/uniãode facto	57,4%	59,4%	58,5%	54,8%
Divorciados/separados	6,6%	1,5%	10,8%	2,1%
Viúvos	3,7%	4,4%	8,9%	16,6%

#### **4.5.4 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DOS ANOS DE ESCOLARIDADE**

O Quadro 9 apresenta a distribuição dos utentes diagnosticados com perturbações depressivas em função do nível de escolaridade. Ressalta antes de mais a pequena percentagem de utentes analfabetos em comparação com os dados disponíveis relativamente à população alvo. Podemos também verificar o mesmo resultado para os utentes do 1.º ciclo. A figura 8 demonstra bem essas diferenças, bem como a percentagem mais elevada do que era esperada dos utentes a partir do 3º ciclo até ao ensino superior

**Quadro 9 – Prevalência das perturbações depressivas em função da escolaridade**

Escolaridade	Utentes com Perturbação Depressiva		População
Analfabeto	20	3,3%	21,1%
1º Ciclo	233	38,3%	29,7%
2.º Ciclo	37	6,1%	11,5%
3º Ciclo	133	21,9%	11,4%
E Secundário	88	14,5%	8,5%
E Superior	56	9,2%	5,0%
Sem informação	41	6,7%	
	N= 608	100%	

**Figura 8 – Prevalência das perturbações depressivas em função da escolaridade**

O Quadro 10 apresenta a prevalência das perturbações depressivas tendo em conta simultaneamente o sexo e a escolaridade. Podemos verificar, por exemplo, a percentagem de mulheres com a escolaridade do 1.º ciclo é superior ao que seria de esperar tendo em conta a percentagem de mulheres com o 1.º ciclo na população alvo, o mesmo se verificando com os homens. A partir do 3.º ciclo e até ao ensino superior

também verificamos uma percentagem superior em ambos os sexos em relação à percentagem dos mesmos níveis de escolaridade na população alvo.

**Quadro 10 – Prevalência das perturbações depressivas (em %) em função da escolaridade e do sexo**

	HOMENS		MULHERES	
	Utentes com perturbação depressiva	População	Utentes com perturbação depressiva	População
Analfabetos	6,1%	16,3%	2,8%	28%
1.º Ciclo	41,3%	33,4%	41,0%	26,2%
2.º Ciclo	3,9%	13,2%	7,4%	9,9%
3.º Ciclo	26,7%	13,2%	22,5%	10,0%
Ensino Secundário	14,5%	8,5%	15,8%	8,4%
Ensino Superior	7,7%	4,2%	10,6%	5,8%

#### 4.5.5 - RESULTADOS EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO LABORAL

No Quadro 11, que diz respeito à situação laboral, a maioria dos utentes com perturbações depressivas são empregados (43,1%) e esta percentagem é superior ao que seria de esperar na população alvo. Também os desempregados (12%), apresentam resultados superiores quando confrontados com os valores esperados da população alvo, o que não acontece com os reformados com 20,1%. O total dos utentes domésticas e estudantes (21,7%) apresentam uma percentagem inferior à do valor estimado indirectamente na população alvo para estes 2 tipos de situação laboral que corresponde à diferença do total de sujeitos sem emprego menos os desempregados (31, 9%-6% = 25,9%). A figura 9 representa graficamente as diferenças principais entre a amostra e a população alvo, no que diz respeito à situação laboral.

**Quadro 11 – Prevalência das perturbações depressivas em função da situação laboral**

Situação laboral	Utentes com perturbação depressiva		População
Empregado	262	43,1%	37,4%
Desempregado	73	12,0%	6%
Domestica	61	10,0%	-
Estudante	71	11,7%	-
Total sem emprego*	205	33,7%	31,9%
Reformado	122	20,1%	30,7%
Sem informação	19	3,1%	-
	608	100%	

\*Desempregados+doméstica+estudante

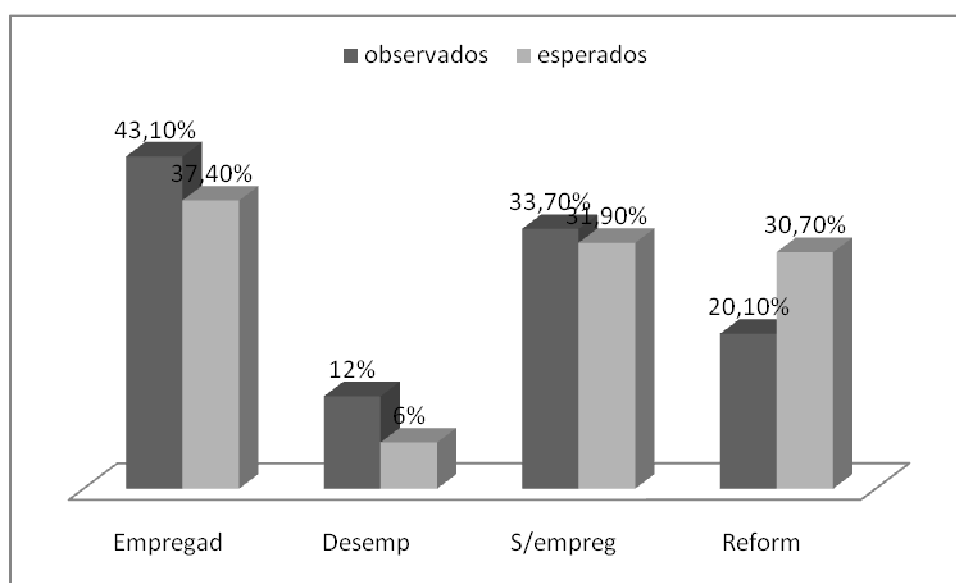


Figura 9 – Prevalência perturbações depressivas em função da situação laboral

#### 4.5.6- RESULTADOS EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO

O Quadro 12, diz respeito ao tipo de profissão exercida. As percentagens foram calculadas apenas para 288 sujeitos (47,4%) porque os dados são omissos nos restantes casos. Podemos verificar, na Figura 10 (graficamente) que os utentes com trabalhos não qualificados (24,0%), o pessoal técnico e profissional de nível intermédio (11,8%) e o pessoal dos serviços e vendedores (16,7%) apresentam uma percentagem superior ao que seria de esperar em função dos valores observados na população alvo para as mesmas categorias profissionais.

**Quadro 12 – Prevalência das perturbações depressivas em função da profissão**

	Utentes com perturbação depressiva		População
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2	0,7%	6,5%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	21	7,3%	7,3%
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	34	11,8%	7,8%
Pessoal Administrativo e similares	21	7,3%	8,3%
Pessoal dos Serviços e vendedores	48	16,7%	14,6%
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da agricultura e pescas	9	3,1%	9,6%
Operários, Artífices, e trabalhadores Similares	58	20,1%	20,2%
Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	26	9,0%	9,3%
Trabalhadores Não Qualificados	69	24,0%	16,1%
	288	100,0%	

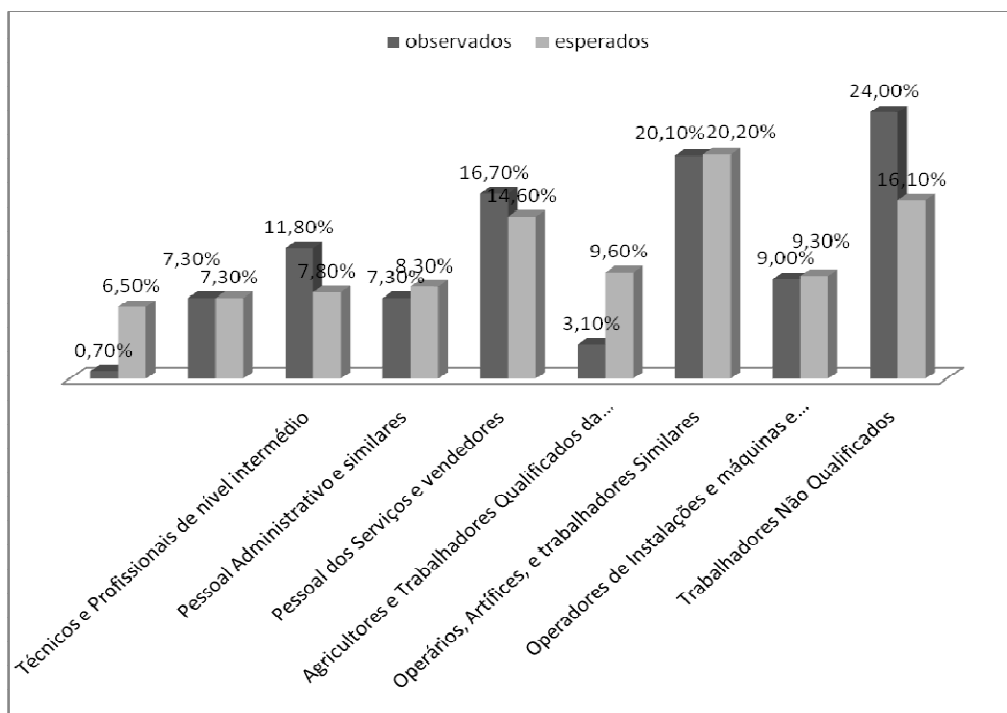


Figura 10 – Prevalência das perturbações depressivas em função da profissão

#### 4.5.7- RESULTADOS EM FUNÇÃO DO LOCAL DE RESIDÊNCIA

O Quadro 13 demonstra os utentes com perturbação depressiva no que respeita ao seu local de residência. Podemos observar percentagens superiores ao esperado em zona urbana (71,3%), ocorrendo o inverso para os que vivem em zona rural (28,1%).

**Quadro 13 – Prevalência das perturbações depressivas em função do local de residência**

Local de Residência	Utentes com perturbação depressiva		População
RURAL	171	28,1%	51,9%
URBANO	437	71,9%	53,9%
	608	100%	

O Quadro 14 revela os utentes com perturbação depressiva em função do seu local de residência e do sexo. Podemos verificar que independentemente do sexo considerado, as zonas urbanas mantêm uma percentagem superior de perturbação depressiva.

**Quadro 14 – Prevalência das perturbações depressivas em função do sexo e do local de residência**

	MASCULINO			FEMININO		
	Utentes com perturbação depressiva		População	Utentes com perturbação depressiva		População
URBANO	102	73,3%	51,5%	335	71,4%	51,8%
RURAL	37	26,6%	48,5%	134	28,6%	48,2%
TOTAL	139			469		

## CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos primeiros resultados que importa discutir diz respeito ao facto das perturbações depressivas constituírem ligeiramente mais de 2/3 dos sujeitos que recorreram à consulta do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano nos últimos 6 meses de 2007 e que tinham tido o primeiro contacto com o serviço no período 2002-2007, atingindo uma prevalência de 67% nesta consulta. Apesar de no panorama nacional, os estudos serem escassos podemos verificar que em relação aos 3<sup>os</sup>. Censos Psiquiátricos (2001) realizados no nosso país e mesmo tendo-se em atenção que estes não incluíram na denominação de depressões (21,5%), as perturbações de adaptação (10,4%), alterações associadas ao álcool (8,2%), alterações associadas ao consumo de drogas (2,0%) e psicoses afectivas (9,3%), que na sua totalidade daria um valor de (51,4%), esta percentagem é inferior à prevalência depressiva encontrada no estudo actual (67%). Num outro estudo realizado em 2005, por Rabasquinho, e também no DPSM do HAL, referente às patologias apresentadas entre outras questões e utilizando uma amostra em termos etários semelhantes à do estudo actual, porém no período de 1984-2005, o valor referido para as perturbações de humor foi apenas de 20,5%, embora também. nesta investigação as perturbações de adaptação (22,8%) e as perturbações humor induzidas por substâncias, álcool (3,9%) foram estudadas fora do que se designou por perturbações de humor (no total, se incluídas, teríamos um valor de 47,2%). Mesmo assim, podemos constatar que a prevalência depressiva no estudo actual é superior a estes resultados, pelo que parece existir uma aumento do recurso às consultas, nesta região, por perturbações depressivas. Este aumento verifica-se tanto para as perturbações depressivas em sentido estrito como nas perturbações de adaptação.

Em relação à incidência periódica no estudo actual (últimos 6 meses 2007) esta atingiu os 16,9%. No período estudado de 2002-2007, apenas nos é possível realizar uma estimativa indirecta, já que só nos baseamos nos casos com ficha aberta nesse período mas que contactaram o serviço nos últimos 6 meses. Mesmo desta forma e com relativa prudência podemos referir que, a partir de 2003, parece de facto haver um aumento da percentagem das perturbações depressivas no conjunto das perturbações diagnosticadas,



o que parece ir ao encontro das conclusões de Gusmão et al., 2005, que referiu o facto da incidência ter vindo a aumentar no últimos anos.

Assim e face a estes resultados (prevalência e incidência de perturbações depressivas) encontrados no estudo actual, poderemos pensar que poderão estar relacionados com o facto de este serviço de saúde ser o único que cobre a área geográfica determinada para este tipo de patologias, bem como podemos lembrar que durante o período estudado, esta zona do país foi palco de alguns acontecimentos importantes que podem ajudar a justificar os resultados obtidos (incêndios em 2003 que devastaram esta zona do distrito, deixando muitas pessoas sem bens, incluindo casas e empregos; o acidente de autocarro na A23, com as respectivas perdas humanas e sobreviventes com sequelas graves). Por último não se pode deixar de referir as alterações económicas que se têm vindo a sentir com a crise nacional que se instalou nos últimos anos.

Em relação à prevalência depressiva estimada para a população alvo (94560 habitantes) esta foi apenas de 0,6%. Este valor parece pouco significativo se o comparamos com um estudo europeu (Munich Follow-up) também sobre prevalência de 6 meses realizado por Wittchen et al. 2005, que encontrou um resultado de 12,9% para as perturbações de humor na população em geral. Como é sabido (Katon et al., 1995 cit. Kessler, 2000) existirão casos de depressão observados nos centros de saúde/ consultas privadas e que nunca chegam ao DPSM, bem como a existência de subdiagnósticos no que diz respeito a esta patologia ou dificuldades dos utentes aceitarem terem uma patologia do foro mental (estigma social). Ainda segundo Tylee, Freeling & Kerry, 1995, bem como McQuaid, Murray, Laffaye & McCahill, 1999, podemos encontrar pacientes preconceituosos em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento e no que diz respeito à classe médica, os factores poderão essencialmente a falta de treino, falta de tempo, descrença em relação à efectividade do tratamento e identificação de sintomas da depressão como uma reacção “compreensível”.

No panorama nacional, em 2005 a Direcção Geral de Saúde, embora não dispondo de dados precisos, concluiu que no nosso país e nos CSP, em utentes que recorreram consecutivamente às consultas, é diagnosticada depressão num utente em cada 10 e apenas é tratado adequadamente um utente em cada 30.

Outro aspecto a salientar, neste caso em relação às formas depressivas encontradas na amostra, é a particularidade de verificar uma grande frequência de perturbações dístimicas (36,3%) em relação à depressão *major* (20%). Estes resultados vão em desacordo com o que é encontrado na generalidade da literatura, onde sem dúvida a depressão *major* lidera face a esta forma dístimica. O DSM-IV TR (2002), refere uma prevalência pontual para a perturbação dístimica de 3% contra 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para os homens para a depressão *major*. Também no estudo multicêntrico europeu *ODIN-European Outcome of Depression International Network* – em que se recorreu à entrevista SCAN (Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry, para estabelecer diagnósticos da CID-10 e/ou DSM-IV - a prevalência pontual para a Depressão Major foi de 6,6% e para a Distímia, 1,1% (Gusmão et al., 2005).

Podemos pensar que alguns destes casos de perturbação dístimica diagnosticados na consulta do DPSM, possam ter passado por episódios depressivos major (depressão dupla), mas o diagnóstico no processo clínico nunca ter sido alterado.

As perturbações de adaptação (20,7%), neste estudo ultrapassam ligeiramente os valores relativos à depressão *major* (20%). Segundo o DSM-IV-TR (2002) no que diz respeito às perturbações de adaptação estas têm sido diagnosticadas entre 10% a 30% dos sujeitos em consultas de saúde mental ambulatoria, pelo que os resultados não se afastam muito do encontrado. No 3.º Censo Psiquiátrico (2001), as perturbações de adaptação apresentaram nas consultas um valor de 10,4%, inferior ao encontrado neste estudo.

Verifica-se também que a nossa amostra (conforme o esperado e amplamente documentado na literatura epidemiológica da depressão) é predominantemente feminina. A comparação das frequências observadas com os valores correspondentes na população alvo baseia-se no pressuposto de que, caso a prevalência das perturbações depressivas não variasse em função do sexo, se esperaria que a distribuição por sexos dos sujeitos com perturbações depressivas na nossa amostra deveria aproximar-se da distribuição por sexos da população alvo. Verifica-se que, no entanto, que mesmo tendo em conta que as mulheres sejam mais numerosas do que os homens na população alvo, a percentagem de mulheres com perturbações depressivas (77,1%) na nossa amostra é claramente superior à percentagem de mulheres na população alvo (56,7%) e

inversamente para os homens, respectivamente, 22,9% e 43,3%. Estes resultados parecem portanto confirmar a bem conhecida assimetria entre sexos no que diz respeito à prevalência das perturbações depressivas. A generalidade dos estudos epidemiológicos onde é focada a diferença de género na prevalência de perturbações depressivas é unânime em referir a existência de valores mais elevados de prevalência depressiva em mulheres comparativamente aos homens. Temos como exemplos, o censo psiquiátrico (2001), o Relatório Mundial de Saúde da OMS (2001), o estudo de Rabasquinho & Pereira (2007). No entanto, outras variáveis podem interferir nos resultados observados, nomeadamente o facto das mulheres recorrerem mais facilmente aos serviços de saúde, terem uma melhor percepção da sua situação clínica, bem como relatarem melhor a sintomatologia, entre outras.

No cruzamento entre sexo e formas depressivas podemos verificar na amostra que são as mulheres que apresentam um valor superior em relação à Distímia (41,4%), bem como em relação às Perturbações de Adaptação (21,3%). No que diz respeito à Depressão Major ambos os sexos apresentam um valor semelhante não existindo um diferencial mulher/homem em relação a esta forma depressiva (cerca de 20%) sendo que em relação ao sexo masculino é mesmo o valor mais alto encontrado em relação a todas as formas depressivas.

O sexo masculino apresenta valores superiores aos do sexo feminino nas perturbações induzidas por substâncias (álcool – 15,1%) e o resultado encontrado vai ao encontro do valor referido para a mesma perturbação e sexo masculino no 3.º Censo Psiquiátrico (16%). No que diz respeito a este resultado parece estar de acordo com o facto de o homem, por vezes, expressar as suas dificuldades de forma diferente das mulheres (através de consumos, por exemplo).

Em relação às perturbações do humor secundárias a estado físico geral (15,8%), estas também apresentam no sexo masculino uma expressão superior ao sexo feminino. No que diz respeito a este resultado, embora os homens procurem menos os serviços de saúde, vários estudos constatarem que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crónicas de saúde do que as mulheres (Luck, Bamford, Williamson, 2000; Laurenti, Mello-Jorge, & Gotlieb, 2005;), pelo que acabam por aparecer na consultas, enviados por outras valências.

Em relação à variável idade, o confronto entre as frequências observadas e os dados relativos à população geral (valores esperados) sugere que as perturbações depressivas afectam particularmente a faixa etária dos 40-44 anos e, de forma menos nítida, todo o período entre os 35 e os 59 anos. Pelo contrário, a partir dos 60 anos, a percentagem é inferior ao esperado, o que sugere uma diminuição do risco de depressão. Estes dados estão de acordo com as pesquisas realizadas pelo Netherlands Mental Survey Study (Kringler et al. 1977), o 3.º censo psiquiátrico (2001), bem com o estudo de Angst et al. (2002), o de Gonçalves & Fagulha (2004) e o de Rabasquinho & Pereira, 2007.

Os valores relativos a idades acima dos 70 anos devem ser interpretados com cuidado, dado o número de utentes com mais de 74 anos ser muito reduzido (3,8%). Poderá haver aqui a influência doutros factores como as dificuldades de locomoção relacionadas com o estado físico geral ou simplesmente a existência dificuldades económicas, ou o facto da maior percentagem de população nesta faixa etária ser residente em zonas rurais, por exemplo, o que implica a ausência nas consultas, pelo que não podemos afirmar categoricamente a diminuição da prevalência depressiva nesta fase da vida.

Quanto à variável estado civil, são os sujeitos divorciados e separados, maioritariamente, e os casados/unidos de facto (de forma menos significativa) que quando comparados com os valores esperados da população alvo apresentam maior prevalência depressiva. Quando cruzadas as variáveis sexo e estado civil, percebe-se que são as mulheres casadas que se destacam em termos de prevalência depressiva em relação aos homens, quando comparados com os valores esperados da população alvo. Este resultado vai ao encontro dos diversos estudos de Bebbington e Bebbington et al (1981, 1987, 1989,1991) Os divorciados/separados de ambos os sexos mantêm a prevalência depressiva em relação à população alvo, sendo as mulheres que apresentam um valor superior, o que se pode justificar pelo facto de, segundo Rojas (2007), serem geralmente as mulheres a ficarem com os filhos a quando de uma separação. É importante também referir a instabilidade económica que pode surgir depois da mudança de estado civil (Menaghan & Lieberman, 1986). As mulheres viúvas na população alvo apresentam uma percentagem bastante mais elevada que os homens, porém, não parecem que a viuvez constitua factor de risco (em ambos os sexos), contrariando algumas posições encontradas na literatura (por exemplo Wittchen et al., 2005). Podemos sempre referir que a faixa etária dos viúvos possa interferir (por ser

elevada) na sua deslocação às consultas. No que diz respeito aos solteiros, os resultados não evidenciam perturbação depressiva em relação à população alvo.

Em relação à escolaridade, encontramos uma percentagem elevada de analfabetos na população alvo (21,1%), que é superior (segundo o INE, 2001) à da Região Centro (10,9%) e à Nacional (9%), porém na amostra de utentes, esta é reduzida, apenas 3,3%, pelo que podemos referir que os analfabetos não utilizam as consultas do DPSM. É possível sugerir que a falta de informação sobre a patologia, nomeadamente no que diz respeito ao significado da sintomatologia, consequências da doença ou mesmo perceberem que é uma doença e não apenas um “estado de espírito” seja uma das razões, bem como onde se deslocar para atendimento médico neste sentido. Outra hipótese pode ser o facto de que a maioria dos analfabetos pertencerem a uma faixa etária muito avançada e poderem ter dificuldades de locomoção, ou residirem em zonas rurais.

Em relação à escolaridade (excluindo os analfabetos e os utentes com o 2.º ciclo) não encontramos grandes variações significativas, dado que independentemente dos anos de escolaridade obtidos existe em relação aos valores esperados um aumento da prevalência depressiva em ambos os sexos. Podemos referir que o facto de mesmo em condições de escolaridade elevada existir valores de prevalência depressiva mais elevados em relação à população alvo (o que parece ir de acordo o estudo de Blazer et al., 1985, nos E.U.A), pode significar que o aumento de diferenciação escolar pode permitir às pessoas consciencializarem-se da sua situação clínica e perceberem a necessidade da procura de ajuda.

No que diz respeito a situação laboral, tanto os utentes empregados, como os desempregados apresentam uma prevalência depressiva superior ao valor esperado na população alvo. Estes resultados estão de acordo com os de Dooley, Prause & Ham-Bottom (2000), que tinham concluído que tanto o desemprego como o trabalho desadequado pode afectar a saúde mental. Os reformados não parecem constituir um factor de risco.

A variável profissão realizada revela-nos que são os utentes com trabalhos não qualificados (24.0%), o pessoal técnico e profissional de nível intermédio (11,8%) e o

peçoal dos serviços e vendedores (16,7%) que apresentam uma percentagem superior ao que seria de esperar na população alvo para as mesmas categorias profissionais.

No primeiro caso, muito provavelmente, as condições laborais e o tipo de trabalho a realizar devem contribuir para os resultados observados. Nas categorias seguintes podemos pensar que são actualmente profissionais que estão muito sobrecarregados com o rumo económico do país nos últimos anos e são portanto os profissionais com mais risco de um futuro despedimento.

Quanto ao local de residência, a maioria dos utentes com prevalência depressiva superior aos valores esperados na população alvo habitam em zona urbana (71,9%). Os resultados estão de acordo com a literatura, nomeadamente com os estudos realizados por Li Wang em 2004 no Canadá e ainda por Sundquist & Sundquist, também em 2004, na Suécia. Resultados semelhantes foram verificados por Kovess-Mastefy et al., em 2005 noutro estudo europeu (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha).

## CONCLUSÃO

Atendendo às conclusões da Organização Mundial de Saúde (2001) segundo as quais a Depressão pode atingir cerca de 20% da população em geral (4ª perturbação mental que desencadeia maior incapacitação) e com tendência a aumentar, pensando-se que em 2010, se preveja que venha a ocupar o 2º lugar se, até lá, não forem feitos esforços em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento, o presente estudo pretendeu investigar a dimensão deste problema na população do Sul do Distrito de Castelo Branco, recorrendo para tal a uma amostra de utentes do único serviço público de saúde mental (DPSM-HAL) que serve esta região obtendo, indirectamente, uma estimativa por defeito da prevalência das perturbações depressivas na população-alvo.

A elevada prevalência depressiva encontrada na amostra de utentes em estudo e, em particular, em determinados grupos de risco identificados, apontam para a necessidade premente de desenvolvimento de programas e redes de apoio, intervenção e prevenção junto da população do Sul do Distrito de Castelo Branco, intervenções que deverão ocorrer a nível comunitário e com o objectivo de gerir as perturbações mentais e, em particular, a depressão, tentando por um lado reduzir alguns factores de risco no desenvolvimento da mesma e, por outro lado, permitindo um acesso mais facilitado da população a uma rede alargada de cuidados de saúde, sensibilizando e disponibilizando informação sobre as perturbações depressivas na comunidade.

Uma limitação da presente investigação prende-se com o facto de não ter sido um estudo dirigido à população em geral, que apesar de necessário e pertinente uma vez que ia ao encontro da comunidade e contribuiria para despistar mais casos a necessitar de um diagnóstico correcto e eventual acompanhamento clínico, porém seria moroso dado o tempo destinado à realização desta investigação.

O estudo actual e para a população alvo (cerca de 95 000 habitantes) verificou uma prevalência semestral de apenas 0,6%, pelo que se verifica, que muitas pessoas na população alvo, provavelmente estarão subdiagnosticadas, ou serão tratadas nos CSP ou ainda nem sequer procuram ajuda por não se considerarem doentes.

Outra limitação com que nos confrontamos foi o facto de o ficheiro clínico do DPSM, com cerca de 14000 fichas de utentes não estar informatizado, pelo que o levantamento

e recolha de dados foi prejudicado por este facto. Poder-se-ia ter obtido outros dados e com maior celeridade o que permitiria provavelmente enriquecer mais a investigação.

No Plano de Saúde Mental de 2004-2010 e mais recentemente no de 2007-2016, as orientações gerais envolvem o desenvolvimento de uma abordagem mais plena em saúde mental, aumento de informação sobre as doenças deste foro, tomada de consciência do crescimento destas patologias, nomeadamente as Depressivas, pelo que seria pertinente o delineamento de um projecto para o Sul do Distrito de Castelo Branco, focado na avaliação, intervenção e prevenção da prevalência depressiva em grupos populacionais específicos, os quais incluem as mulheres, os divorciados, os desempregados, os residentes em zonas urbanas, os analfabetos e idosos (provavelmente subdiagnosticados). Este projecto poderia ser implementado se verificarmos aquilo que está previsto para esta região e que é uma Unidade de Saúde Local (integrando o HAL e os centros de saúde da área de abrangência).

Assim e finalmente, registamos a nossa satisfação por termos realizado um estudo que poderá pelo menos alertar as necessidades da região a este nível e que poderia ter uma aplicação efectiva na melhoria da saúde mental dos habitantes do Sul do Distrito de Castelo Branco, que é no fundo também a área de residência da autora, facto que contribuiu, conjuntamente com a facilidade por trabalhar no DPSM-HAL para escolha da investigação nesta região.



## REFERÊNCIAS:

Aguiar, P., (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa, Climepsi Editores.

Al-Zuabif, H. & Al-Suwayan, M., (2004). *The Role of the Family Physician in Managing Depression*. Middle East Journal of Family Medicine, Vol.2, No.2.

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Brufauts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., et al., (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl420), 21-27.

American Psychological Association. (2005, July, 14).

Men: A different depression. Retrieved September, 30, 2007, from <http://www.psychologymatters.org/mendepress.html>

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4<sup>th</sup> Ed.). Text Revision. Washington, DC: Author (versão portuguesa Climepsi Editores (2002)

American Psychiatric Association (2002). Mini DSM-IV-TR – Guia de referência rápida dos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR.. Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychological Association (2006). Manual de Estilo da APA: regras básicas. Porto Alegre: Artmed.

Arnold, B. & Constantino, M., (2003). *Effectiveness of Psychotherapy and Combination Treatment for Chronic Depression*. PCLP, Vol.59, No.8: 893-905.

Ay-Woan, P., Sarah, C., LyInn, C., Tsy-Jang, C. & Ping-Chuan, H., (2006). *Quality of Life in Depression: Predictive Models*. Quality of Life Research, Vol.15: 39-48.

Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of Depression*. New York, NY, The Parthenon Publishing Group.

Bahls, S.C., (1999). Depressão: Uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAcção, Vol.3: 49-60*.

Barefoot, J., Mortensen, E. L., Avlund, K., Schroll, M., (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80.[Abstract]. *Psychology and Aging*, Vol 16 (2), Jun: pp.342-345.

Bebbington P.E (1991).The Epidemiology of Affective Disorders. In: P.E.Bebbington (ed). *Social Psychiatry: Theory, Methodology and Practice*, New Brunswick ND, US, Transaction Publitions.

Bebbngton, P.E., (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8, 295-332.

Bebbington, P.E, Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrel, M. Meltzer, H., (2003). The influence of age and sex in the prevalence of depressive conditions: report from the national survey of psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15, 74-83.

Bebbington, P.E.; Hurry, J.; Tennant, C.; Sturt, E.; Wing, J.K., (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine* 11: 561-579.

Beck, R.W., Jijon, C. R. & Edwards, J. B., (1996). The relationships among gender, perceived financial barriers to care and health status in a rural population. *The Journal of Rural Health*, 12 (3), 188-196.

Berezon, S. López. E.K., Gonzalez, J. (1998).Prevalência de transtornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*. 15. 77- 85.

Blazer, D.G., Kessler, R. C., McGongle, A., Swartz, M.S., (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Study. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7), 979-986.

Busse, S.R. (1996). Histórico e conceito dos transtornos afetivos na infância e na adolescência. Em Assumpção Jr. (Ed.), *Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência* (p. 11-17). São Paulo: Lemos.

Briscoe, M., (1982). Sex differences in psychological well being. *Psychological Medicine, supplement 1. Cambridge, Cambridge University Press.*

Bromberger, J.T., Costello, E.J.(1992). Epidemiology of Depression for Clinicians. *Social. Work*, 37(2), 120-125.

Brown, S.L., (2000). The effect of Union type on Psychological Well-Being: Depression among Cohabitors versus Marrieds. [Abstract]. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 41, N° 3 , Sep: pp. 241-255.

Cash, R.E., (2004). Depression in Children and Adolescents: A primer for Parents and Educators. *National Associations of School Psychologists*, Vol. (?): 33-35.

Castonguay, L., Arnow, B., Blatt, S., Jones, E., Pilkonis, P. & Segal, Z., (1999). Psychotherapy for Depression: Current and Future Directions in Research, Theory, Practice and Public Policy. *JCLP: Psychotherapy in Practice*, Vol.55, No.11: 1347-1370.

heng, T.A., (1988). A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan *Psychological Medicine* 18: 953-96.

Cheng, T.A. , (1989)- Urbanization and minor psychiatric morbidity. A community study in Taiwan - *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24: 309-316.

Coimbra de Matos, A.(2001) – *A Depressão*. Lisboa Climepsi Editores.

Cochrane, R. & Stopes-Roe, M., (1980). Factors affecting the distribution of psychological symptoms in urban areas of England \_ *Acta Psychiatrica Scandinavica* 61: 445-460, 1980.

Cooper-Patrick, L., Crum, R.M., Ford, D. E., (1994). Characteristics of Patients with Major Depression who received care in General Medical and Speciality mental Health Settings. *Medical Care*, vol. 32, nº 1 (Jan): 15-24.

Cooperstock, R., Parnell, P., (1976). Comment on clancy and gove. *American Journal of Sociology* 81: 1455-1457, 1976.

Cordás, T. A. (1997). Do mal-humorado ao mau humor: uma perspectiva histórica. Em T. A. Cordás; A. E. Nardi; R. A. Moreno & S. Castel (Orgs.), *Distímia: Do mau humor ao mal do humor, diagnóstico e tratamento* (p. 15-21). Porto Alegre, Artes Médicas.

Coutinho, E.S.F., Almeida-Filho, N., Mari, J.J., (1999). Factores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista Psiquiatria. Clínica*: 26 (5).

Dawson, M., Michalak, E., Waraich, P., Anderson, J. & Lam, R., (2004). Is Remission of Depressive Symptoms in Primary Care a Realistic Goal? A Meta-Analysis. *BMC Family Practice*, Vol.5, No.19: 1-6.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21 (supl. Depressão), 6-11.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Censos Psiquiátricos de 2001*. Direcção dos Serviços de Planeamento. Direcção dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2005). Circular Informativa n.º 54/DFI- Formação de Apoio aos Programas Nacionais e ao Programa de Luta contra a Depressão -“Prevenção da Depressão: o papel dos Cuidados de Saúde Primários”. Lisboa.

Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S., (1977) Reply to Gove and Tudor on "Sex difference in psychiatric disorders" *American Journal of Sociology* 82: 1336-1345.

Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S., (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The Rema Lapouse lecture. *American Journal of Public Health* 72: 1271-1279.

Dooley, D., Prause, J., Bottom, K.A.Ham-Row.,(2000). Underemployment and Depression: longitudinal Relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.41, Dec.,421-436.

Ellis, P., Hickie, I. & Smith, D., (2003). Summary of Guideline for the Treatment of Depression. *Australasian Psychiatry*, Vol.11, No.1: 34-38.

Evans, D., Staab, J., Ward, H., Leserman, J., Perkins, D., Golden, R. & Petitto, J., (1997). Depression in the Medically Ill: Management Considerations. *Depression and Anxiety*, Vol.4: 199-208.

Fleck, M., Lafer, B. & Sougey, E., (2001). Diagnóstico e Tratamento da Depressão. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, Vol.(?): 1-7.

Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Porto, J., Brasil, M. & Juruena, M., (2003). Directrizes da Associação Médica Brasileira Para o Tratamento da Depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Vol.25, No.2: 114-122.

Flint, A., Rifat, S., (1997).Effect of demographic and clinical variables on time to antidepressant response in geriatric depression. *Depression and Anxiety*, Vol.5: 103–107.

Freeman, H. L. (1994). Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psych Scandinava*, 383: 89

Goldberg, D. & Huxley, P. , (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. Routledge, London.

Gonçalves, B., Fagulha, T., (2005). Menopausa, Sintomas de Menopausa e Depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia, Vol XIX (1-2)*, pp. 19-38.

Gonçalves, B., Fagulha, T., Ferreira, A. (2005) – A Depressão nas Mulheres de Meia - Idade: Estudo sobre as utentes dos Cuidados Primários. *Psicologia, Vol. XIX (1-2)*, pp. 39-56

Gove, W.R., (1978). Sex differences in mental illness among adult men and women: an evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Social Science and Medicine 12(3B)*: 187-198.

Gove, W.R. & Tudor, J.F., (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology 78(4)*: 812-835.

Greden, J.F., (2001). *Treatment of Recurrent Depression*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., Caldas de Almeida, J. M. (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18: 129-146.

Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., Ojesjo, L. (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby study, Sweden. *Psychology Med*, 12:279-89.

Hopcroft, R. & Bradley, D., (2007). The Sex Difference in Depression Across 29 Countries. *Social Forces, Vol.85, No.4: 1483-1507*

Jenkins, R., (1985). Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine, Monography supplement 7, 1985*.

Ingram, R., Trenary, L., ( 2005). Mood Disorders. In J. E. Maddux & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (pp.155-178). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span.[Abstract]. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.

Judd, L., Akiskal, H., Maser, J., Zeller, P., Endicott, J., Coryell, W., *et al*, (1998). A prospective 12- year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatr.*, Vol.55: 694–700.

Juruena, M., Cleare, A. & Pariante, C., (2004). O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria.*, Vol.26, Supl.3: 189-201.

Kahn, D., Moline, M., Ross, R., Cohen, L. & Altshuler, L., (2001). *Major Depression During Conception and Pregnancy: A Guide for Patients and Families*. Expert Consensus Guidelines Series, Vol.(?): 110-111.

Kaplan, H. I, Sadock, B. J, Grebb, J, A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. (Seventh edition). Baltimore: Williams and Wilkins.

Katon, W., Von-Korff, M., Lin, E., Simon, G., Walker, E., Bush, T., *et al*, (1997). *Collaboratives Management to Achieve Depression Treatment Guidelines*. Journal of Clinical Psychiatry, Vol.58, No.1: 20-3.

Kay, J. & Tasman, A., (2006). *Essentials of Psychiatry*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M.C., (1993). The prediction of major depression in woman: toward and integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148.

Kessler, R. C., (2000). Epidemiologia Psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones (trad.). Bulletin of the World Health Organization, 78 (4): 464-474.

Kessler, R. C., (2003). Epidemiology of women depression. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 74, Issue 1, Mar, pp: 5-13.

Kessler, R.C., Essex, M., (1982). Marital status and Depression: The Importance of Coping Resources. [Abstract]. *Social Forces*, Vol. 61, N° 2, Dec, Pp.484-507.

Kessler, R.C., Kendler, K.S., Heath, A., et al. (1992). Social support, depressed mood and adjustment to stress: a genevix epidemiologic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 257-272.

Kessler, R., McGonagle, K., Swartz, M., Blazer, D. & Nelson, C., (1993). *Sex and Depression in the National Comorbidity Survey: Lifetime Prevalence, Chronicity and Recurrence*. J. Affect. Disord., Vol.29: 85-96.

Kornstein S, Schatzberg A, Thase M, Yonkers K, McCullough J, Keitner G, et al, (2000). *Gender differences in chronic major and double depression*. J. Affect. Disord., Vol.60: 1-11.

Kovess-Mastéfy, V., Alonso, J., Demyttenaere, K. (2005). A European Approach to Rural-Urban Differences in Mental Health: The ESEMeD 2000 Comparative Study. [Abstract]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 926-936.

Kovess, V., Murphy, H.B., Tousignant, M. (1987). Urban-Rural Comparisons of depressive disorders in French Canada. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(8), 457-466.



Kringler, E., Torgensen, S., Cramer, V., (1997). A norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*. Washington: July 2001,158(7),1091-1098. Proquest em 13-11-05, Document ID:755531090, ISSN/ISBAN:002953X

Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb S.L.D (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva*, 10:35-46.

Le, Huynh-Nhu, (2003). Treatement is not enough: We must prevent Major depression in Women. [Abstract]. *Prevention & Treatment*. Vol 6(1), sept.

Lewinsohn, P. M., Petit, J.W.,(2003). The symptomatic expression of major depressive in adolescents and young adults.[Abstract].*Journal of Abnormal Psychology*, Vol 112 (2), pp. 244-252.

Li-Wang, J.L., (2004). Rural-Urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Social Psychiatric Epidemiology*, 39: 19-25.

Lima, M. S.,(1999). Epidemiologia e Impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,,Depressão vol. 21 s.1

Luck M, Bamford M, Williamson P (2000). *Men's health: perspectives, diversity and paradox*. London: Blackwell Sciences

MacQueen, G. & Chokka, P., (2004). *Special Issues in th Management of Depression in Women*. Can. J. Psychiatry, Vol.49, No.1: 27-40.

Maddux, J. & Winstead, B., (2005). *Psychopathology: Foundations For a Contemporary Understanding*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Maj, M. & Sartorius, N., (2002). *Depressive Disorders*. West Sussex, Jonh Wiley & Sons, Inc.

Maquias, J., Murray, B., Lafayette, C. & Cahill, M., (1999). *Depression in a Primary Care Clinic: The Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder*. J Affect. Disord., Vol.55: 1-10.

Marujo, H. M. A., (1994). *Síndromes depressivos na Infância e na Adolescência*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Menaghan, E., Lieberman, M. A. (1986). Changes in Depression following Divorce: A Panel Study [Abstract]. *Journal of Marriage and the Family*, Vol 48 (2): 319-328

McBride, C., Bagby, R. M. (2006).- Rumination and Interpersonal Dependency: explaining women's vulnerability to Depression. *Canadian Psychology*, 47 (3), 184-194.

McIntyre, T., Barroso, R., Lourenço, M., (2002). Impacto da Depressão na Qualidade de Vida dos Doentes. Volume IV, nº5 SET/OUT

McQuaid, J., Murray, B.S., Laffaye, G. & Cahill, M.E. (1999). Depression in primary care: the prevalence and impact of unrecognized disorder. *J. Affective Disorder*, 55: 1-10.

Mechanic, D. (1978). Sex, illness behavior and the use of health services. *Social Sciences and Medicine*, 12B: 207-214.

Mendes, M.S. (2005). – Prevalência de sintomatologia depressiva em adultos residentes no concelho de Palmela: um estudo epidemiológico. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Moore, R. & Garland, (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*. West Sussex, England, John Wiley & Sons Ltd.

Moreira, M.S. (1996). A psicose maníaco-depressiva na infância e adolescência. *Jornal Bras. Psiquiatria*, 45(2):69-74.

Moreira, P., Gonçalves, O., Beutler, H., (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento*. Porto: Porto Editora.

Munce, S.E.P., Stewart, D.E. (2007). - Gender Differences in Depression and Chronic Pain conditions in a National Epidemiologic Survey. *Psychosomatics*, 48, 394-399.

Mynor-Wallis, L., Gath, D., (1997). Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. *Psychol. Med.*, Vol.27: 731-6.

Nguyen, Ha T., Zonderman, A.B. (2006). Relationship Between Age and Aspects of Depression: Consistency and Reliability Across Two longitudinal Studies. *Psychology and Aging*, 21 (1), 119-126

Nieto-Moreno, M., Gimeno Blanco, P., Adán, J., García-Olmos, L., Valle J., Chatterji S., Leonardi M., Ayuso-Mateos J.L., (2006) Aplicación de la CIF para el estudio y evaluación del funcionamiento y la discapacidad en depresión unipolar en el ámbito de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatria*; 34(6):393-396

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and theories of gender differences in unipolar depression. In M. V. Seeman (Ed.), *Gender and psychopathology* (pp. 63-87). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Oei, T. & Kwon, S., (2007). *Evaluation of the Integrated Cognitive Model of Depression and Its Specificity In a Migrant Population*. *Depression and Anxiety*, Vol.24: 112-123.

Oei, T., Hibberd, E. & O'Brien, A., (2005). *Study of the Integrated Cognitive Model of Depression Among Latin-Americans*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol.39: 932-939.

Organização Mundial de Saúde , (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001.Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança*, edição do Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde, Lisboa.

Paiva, F. M., Palhinhas, J., Esteves, M.F., Fonseca, A. F., (1987). Incidência das depressões ao nível da comunidade. Revista Psiquiatria do Departamento de Saúde Mental, II Serie (IX) 2, Abr-Jun.

Panksepp, J., (2004). *Textbook of Biological Psychiatry*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. Vol.I . Prioridades. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. Vol.II . Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

Plano Nacional de Saúde 2007-2016. Diário da República, 1ª Série, nº 47, 6 de Março de 2008, 1395-1409

Pontes, C. B. (2000). *Psicopatologia. Contribuição à clínica psiquiátrica*. Fortaleza. Edições Fundação Demócrito Rocha.

Power, M., (2004). *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. West Sussex, England, John Wiley & Sons Ltd.

Rabasquinho C.(2006). Caracterização Epidemiológica comparativa dos utentes das consultas de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital

Amato Lusitano. Projecto de Investigação/Tese de Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde. Covilhã. Universidade da Beira Interior.

Rabasquinho, C. & Pereira, H., (2007). *Género e Saúde Mental: Uma abordagem epidemiológica. Análise Psicológica*, 3 (XXV): 439-454.

Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental. Direcção Geral da Saúde, Lisboa, 2004.

Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke Jr, J.D. et al., (1988). Prevalência de um mês de desordens mentais nos E.U.A, Baseada em cinco estudos epidemiológicos. *Arquivos de Psiquiatria Geral*, 45, 977-986.

Robins, L.N., Regier, D.A. (Eds) (1990) – *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiological Catchment Area Study*, New York: Te Free Press.

Rojas, E. (2007) – *Adeus Depressão*. Lisboa: Livros D’Hoje - Publicações Dom Quixote.

Saarijarvi, S., Salminen, J., Toikka, T. & Raitasalo, R., (2002). Health related quality of life among patients with major depression. *Nord. J. Psychiatr.*, Vol.56: 4261–264.

Sadock, B. & Sadock, V., (2000). *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 7<sup>th</sup> Edition.

Sadock, B. & Sadock, V., (2003). *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciencis/Clinical Psychiatry*. New York, Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Schestatsky, S. & Fleck, M., (1999). *Psicoterapia das Depressões*. Ver. Bras. Psiquiatr., Vol.21: 41-47.

Seiler, L.H., (1977). Sex differences in mental illness: comments on Clancy and Gove's interventions \_ *American Journal of Sociology* 82: 1458-1463.

Shorter, E., (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York, Oxford University Press.

Snowdon, J. (2001). Is Depression more prevalent in old age?[Abstract]. *Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 35 (6), 782-787.

Sonnenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S. & Silva Filho, L.M.A. (1995). A evolução da história do conceito de depressão. *Revista ABP-APAL*, 17(1):29-40.

Souza, F.G., (1999). Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Vol.21: 18-23.

Stahl, S. M., (1998). Basic psychopharmacology of antidepressants: Part 1. Antidepressants have seven distinct mechanisms of action. *Journal Clinic Psychiatry*, 59 (Suppl 4): pp. 5–14.

Stoppe Jr, A. e Louzã Neto, M.R. (1997). *Depressão na terceira idade. Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo. Lemos Editora.

Sundquist, K. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 293-298

Teachman, B. A. (2006). Aging and Negative Affect: The Rise and Fall and Rise of Anxiety and Depression Symptoms. *Psychology and Aging*, 21 (1), pp. 201-207.

Teixeira, M.J., (1998). A Depressão e a Mulher na Sociedade Moderna. *Psiquiatria em Revista*, vol. 11, n.º 3: 5-28.

Thackery, E. & Harris, M., (2003). *The Gale Encyclopedia of Mental Disorders*. Farmington, MI: GALE.

Tong, Y., (2001). Depression in later adulthood: developmental features and related factors. [Abstract]. *Chinese Journal of Clinical Psychological*, 9 (1), 21-23.

Tylee, A., Freeling, P. & Kerry, T., (1995). How Does the Content of Consultations Affect the Recognition by General Practitioners of Major Depression in Women? *Br. J. Gen. Practice*, Vol.45: 575-578.

Vallejo, R. & Ferrer, C., (2000). *Transtornos afectivos: Ansiedade e Depressão*. Madrid, Masson Editora.

Vallejo-Nágera, J., (2002). *A Depressão - Como Lidar com a Doença no Nosso Tempo*. Cascais, Principio.

Vasquez-Barquero, J.L., Manrique, J.F.D., Munoz, J.; Menendez Arango, J., Gaite, L., Herrera, S., Der, G.L., (2002). Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27 :pp. 62-68.

Wang, J.L.(2004). Rural-Urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Epidemiology*, 39, 19-25.

Weissman,M.M.,( 1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, Vol. 77, Issue 4, 445-451.

Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98—111.

Widlocher, D., (2001). *As lógicas da Depressão*. Lisboa. Climepsi Editores.

Widiger, T. & Weiner, I., (2003). *Handbook of Psychology: Clinical Psychology (7<sup>th</sup> Edition)*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Wittchen, H. U., Essau, C.A., Von Zerssen, D., Krieg, J.C., Zaudig,M.(1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience*, 241 (4), 247-258.

Wittchen H, Jacobi B. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 Studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357-376

Wittchen, H. & Pittrow, D., (2002). *Prevalence, Recognition and Management of Depression in Primary Care in Germany: The Depression 2000 Study*. Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp., Vol.17: S1-S11.

Whishman, M. A., (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the national comorbidity. *Journal of Abnormal Psychological*. Vol. 108(4), Nov, pp: 701-706.

World Health Organization (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, 10<sup>th</sup> Edition)*. Geneva.

Yu,Y., Wiilliams, D.R. (1999). *Socioeconomic status and mental health*. In C.S. Aneshensel,& J.C.Phelan, (Eds). *Handbook of the Sociology of Mental Health*(pp. 151-166). New York, NY:Kluwer.